2016.12.
16
11:14:00
+01'00'

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
della Regione Puglia

REGIONE PUGLIA

ANNO XLVII | BARI, 16 DICEMBRE 2016 | **n. 145**

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

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

Nella parte I sono pubblicati:

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

Nella parte II sono pubblicati:

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

SOMMARIO

"Avviso per i redattori e per gli Enti:

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

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2016, n. 1731
Fondo nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli- D.L 31/08/2013, n. 102- art. 6, comma 5 - convertito con modificazioni dalla L. 28/10/2013, n. 124 - Criteri e ripartizione risorse relative alle annualità 2015 e 2016.. 58604

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2016, n. 1736
Approvazione del "Piano di Gestione del sistema di riutilizzo delle acque reflue recuperate" e del "Protocollo d'Intesa" per l'assunzione in gestione e l'avvio all'esercizio dell'impianto di affinamento per il riutilizzo in agricoltura delle acque reflue effluenti l'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Acquaviva delle Fonti (BA).. 58642

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2016, n. 1740
Accordo Stato – Regioni del 15/9/2016 – Accordo, ai sensi dell'art. 4, co. 1, del D.Lgs. 28/8/1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale delle cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'intesa n.82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. RECEPIMENTO.. 58729

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 novembre 2016, n. 1758
Accordo di Programma Triennale 2015/2017 in attuazione art. 45 "Residenze" del D.M. 1° luglio 2014 – Atto Integrativo 2016 – Approvazione progetti – Incarico di coordinamento al TPP. - Variazione al bilancio 2016 – 58886

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 novembre 2016, n. 1933
D.M. n. 70/2015 e Legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza – urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014.. 58972

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2016, n. 1731

Fondo nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli- D.L 31/08/2013, n. 102- art. 6, comma 5 - convertito con modificazioni dalla L. 28/10/2013, n. 124 - Criteri e ripartizione risorse relative alle annualità 2015 e 2016.

L'Assessore alla Pianificazione Territoriale, arch. Anna Maria Curcuruto, sulla base dell'istruttoria espletata dal Servizio Osservatorio della Condizione Abitativa, Programmi Comunali e IACP e confermata dal Dirigente della Sezione Politiche Abitative, riferisce:

Il D.L. 31/08/2013, n. 102, art. 6, comma 5, convertito con modificazioni dalla L. 28/10/2013, n. 124, ha istituito presso il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti un Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli.

Con decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze n. 202 del 14/05/2014, è stata ripartita tra le Regioni la disponibilità del Fondo per l'annualità 2014. Alla Regione Puglia è stata attribuita la somma di € 703.672,20.

Con decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti dei 5/12/2014 è stata ripartita tra le Regioni una ulteriore somma assegnata all'annualità 2014. Alla Regione Puglia è stata attribuita la somma di € 847.828,44.

Il citato decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze n. 202 del 14/05/2014:

- prevede che le Regioni individuino i Comuni ad alta tensione abitativa (ATA) di cui alla delibera CIPE n. 87 del 13/11/2003 cui destinare le risorse del Fondo disponibili unitamente ad eventuali stanziamenti regionali;

- definisce la morosità incolpevole come situazione di sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo a ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare dovute ad una delle cause ivi elencate;

- fissa i criteri per l'accesso ai contributi e i requisiti che i soggetti richiedenti dovranno possedere.

In ottemperanza a tale disposto, la Giunta Regionale con deliberazione n. 665 del 02/04/2015 ha ripartito la somma complessiva di € 1.551.500,64 relativa all'annualità 2014 tra i Comuni ad alta tensione abitativa di cui alla delibera CIPE n. 87/2003, utilizzando come parametro di riferimento il numero dei provvedimenti esecutivi di rilascio degli immobili ad uso abitativo emessi dall'autorità giudiziaria nel 2013 per morosità, pubblicati dal Ministero degli Interni, e il fabbisogno finanziario documentato dai Comuni in sede di richiesta contributi sui canoni di locazione per l'anno 2012-L. n. 431/98-art. 11.

Con la stessa deliberazione n. 665/2015 la Giunta Regionale ha inoltre fornito ai Comuni le linee guida per l'individuazione dei soggetti beneficiari del contributo ed ha stabilito che le somme non erogate entro il

31/12/2015 rientrino nella disponibilità regionale per essere localizzate con successivo provvedimento.

Con decreto ministeriale in data 19/03/2015 alla Regione Puglia è stata assegnata la somma di € 1.794.546,03 quale annualità 2015 e con decreto ministeriale in data 30/03/2016 è stata assegnata la somma di € 4.898.936,04 quale annualità 2016.

Con il medesimo decreto del 30/03/2016, al fine di rendere maggiormente efficace l'utilizzo delle risorse, sono stati revisionati i criteri, le procedure e le modalità di accesso ai contributi, da applicare anche per le risorse residue a valere sulle ripartizioni 2014 e 2015 non ancora utilizzate.

Le modalità e i criteri da adottare per il riparto dei fondi disponibili tra i Comuni sono stati ampiamente illustrati e concordati con le parti sociali in sede di riunione del 29/09/2016, e condivisi da ANCI Puglia.

Le somme da ripartire con il presente provvedimento ammontano complessivamente a **€ 7.940.101,38** di cui:
- € 1.246.619,31 - residui annualità 2014;
- € 1.794.546,03 - annualità 2015;
- € 4.898.936,04 - annualità 2016.

Il decreto ministeriale del 30/03/2016 stabilisce che destinatari del contributo sono i Comuni ATA di cui alla delibera CIPE n. 87/2003 e i Comuni ad alto disagio abitativo individuati dalle programmazioni regionali.

La Giunta Regionale ha individuato il maggiore disagio abitativo nei Comuni con popolazione superiore a 10.000 abitanti ed ha programmato negli stessi Comuni l'attuazione degli interventi di recupero del patrimonio di edilizia residenziale pubblica previsti dal DI n. 47/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 80/2014. Pertanto, i fondi a sostegno della morosità incolpevole possono essere ripartiti tra i Comuni ATA e tra i Comuni con popolazione superiore a 10.000 abitanti.

Per il riparto, si ritiene di adottare la stessa procedura utilizzata per la localizzazione dei fondi relativi all'annualità 2014 di cui alla delibera di G.R. n. 665/2015, prendendo a base i dati ministeriali relativi agii sfratti per morosità emessi dall'autorità giudiziaria nel 2013, che sono attualmente i dati disponibili più attendibili, parametrati al fabbisogno finanziario documentato dai Comuni in sede di richiesta contributi sui canoni di locazione per l'anno 2013-L. n. 431/98-art. 11.

All'uopo sono state predisposte le tabelle dal n. 1 al n. 7 allegate al presente provvedimento, di cui sono parte integrante e sostanziale.

Comuni destinatari del contributo per il sostegno alla morosità incolpevole, con l'indicazione della somma attribuita, sono di seguito elencati. Si precisa che, in base ai criteri di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, si è ritenuto di escludere i Comuni a cui spetterebbe un contributo di importo inferiore a € 2.000.

Comuni Capoluoghi di Provincia	Contributo €
BARI	**2.538.170,69**
ANDRIA	**119.079,47**
BARLETTA	**260.090,90**
TRANI	**210.190,28**
BRINDISI	**206.761,10**
FOGGIA	**297.070,54**
LECCE	**363.614,34**

TARANTO	1.143.127,44

Provincia di Bari

ACQUAVIVA	13.137,84
ADELFIA	7.283,05
ALBEROBELLO	4.486,09
ALTAMURA	43.018,63
BITETTO	10.344,00
BITONTO	74.803,97
BITRITTO	15.165,42
CAPURSO	26.460,59
CASAMASSIMA	12.626,05
CASSANO	5.647,39
CASTELLANA	5.342,59
CONVERSANO	17.876,03
CORATO	25.084,90
GIOIA DEL COLLE	11.186,07
GIOVINAZZO	24.418,97
GRAVINA	28.630,99
GRUMO	5.537,44
LOCOROTONDO	3.882,26
MODUGNO	46.992,98
MOLA DI BARI	30.651,46
MOLFETTA	130.813,12
MONOPOLI	44.990,46
NOCI	9.694,44
NOICATTARO	6.206,86
PALO DEL COLLE	21.336,37
POLIGNANO	7.155,03
PUTIGNANO	9.803,28
RUTIGLIANO	8.527,41
RUVO DI PUGLIA	16.990,42
SANTERAMO	18.128,98
TERLIZZI	26.816,20
TRIGGIANO-	47.164,27
TURI	4.597,31
VALENZANO	24.730,36

Provincia BAT

BISCEGLIE	104.378,86
CANOSA	20.120,08
MARGHERITA DI S.	10.971,03
SAN FERDINANDO DI P.	12.079,54
TRINITAPOLI	9.331,05

Provincia di Brindisi

CAROVIGNO	10.571,57
CEGLIE MESSAPICA	17.880,87
CISTERNINO	2.747,07

FASANO	63.972,98
FRANCAVILLA FONTANA	64.099,33
LATIANO	8.892,51
MESAGNE	38.600,32
ORIA	4.593,74
OSTUNI	67.776,99
SAN DONACI	4.035,74
SAN PANCRAZIO S.	2.570,71
SAN PIETRO V.	28.578,40
SAN VITO DEI N.	33.340,72
TORRE S. SUSANNA	2.486,65

Provincia di Foggia

CERIGNOLA	44.279,93
LUCERA	24.376,14
MANFREDONIA	120.697,90
MONTE SANT'ANGELO	7.206,86
ORDONA	2.905,88
ORTA NOVA	18.256,42
SAN GIOVANNI ROTONDO	23.151,10
SAN MARCO IN LAMIS	14.970,44
SANNICANDRO GARGANO	7.899,88
SAN SEVERO	38.928,05
STORNARA	3.070,56
TORREMAGGIORE	7.715,11
TROIA	5.560,12
VIESTE	15.607,65

Provincia di Lecce

ARNESANO	10.582,84
CAMPI SALENTINA	15.840,13
CARMIANO	11.595,54
CASARANO	15.064,34
CAVALLINO	33.330,00
COPERTINO	13.335,76
GALATINA	13.440,83
GALATON E	35.727,60
GALLIPOLI	200.220,90
LEQUILE	60.931,88
LEVERANO	23.803,35
LIZZANELLO	19.025,08
MAGLIE	20.268,87
MATINO	4.623,68
MONTERONI	24.269,67
NARDO'	25.783,00
NOVOLI	22.155,81
RACALE	7.766,88
SAN CESARIO DI LECCE	16.225,48
SQUINZANO	31.671,79

SURBO	**23.540,64**
TAURISANO	**8.526,59**
TAVIANO	**31.589,98**
TREPUZZI	**53.504,09**
TRICASE	**9.796,05**
UGENTO	**8.931,91**
VEGLIE	**10.491,16**
VERNOLE	**7.041,24**

Provincia di Taranto

CASTELLANETA	**4.752,55**
CRISPIANO	**18.689,61**
FAGGIANO	**5.196,39**
GINOSA	**11.340,38**
GROTTAGLIE	**70.593,13**
LATERZA	**10.556,86**
LEPORANO	**8.786,51**
LIZZANO	**4.083,02**
MANDURIA	**18.088,84**
MARTINA FRANCA	**75.965,00**
MASSAFRA	**51.628,94**
MONTEIASI	**6.189,84**
MONTEMESOLA	**4.310,79**
MOTTOLA	**28.274,78**
PALAGIANO	**10.215,76**
PULSANO	**15.511,78**
SAN GIORGIO IONICO	**25.199,33**
SAVA	**17.722,78**
STATTE	**15.788,45**

I Comuni, ai fini della individuazione dei soggetti destinatari del contributo per morosità incolpevole, entro 15 giorni a partire dalla data di pubblicazione sul BURP del presente provvedimento, dovranno emettere bandi aperti aventi la caratteristica “di sportello”, secondo lo schema allegato al presente provvedimento, (all. A), riportanti i requisiti previsti dal D.M. n. 202 del 14/5/2014 e dai D.M. del 30/03/2016 e le linee guida di seguito esplicitate, e darne comunicazione alla Sezione regionale Politiche Abitative a mezzo posta elettronica certificata, al seguente indirizzo pec: ufficio.orca@pec.rupar.puglia.it.

Linee guida

Possono presentare domanda di contributo i soggetti morosi incolpevoli a causa della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare dovute, a titolo esemplificativo e non esaustivo, ad uno dei seguenti motivi:
- perdita del lavoro per licenziamento, escluso quello per giusta causa;
- accordi aziendali o sindacali con consistente riduzione dell’orario di lavoro;
- cassa integrazione ordinaria o straordinaria che limiti notevolmente la capacità reddituale;
- mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici;
- cessazioni di attività libero-professionali o di imprese registrate alla C.C.I.A.A., derivanti da causa di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente;
- malattia grave, infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare che abbia comportato o la

consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole dei reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche e assistenziali.

Il Comune dovrà verificare che il richiedente:

a) abbia un reddito I.S.E. non superiore ad euro 35.000,00 o un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore I.S.E.E. non superiore ad euro 26.000,00;
b) sia destinatario di un atto di intimazione di sfratto per morosità, con citazione per la convalida;
c) sia titolare di un contratto di locazione di unità immobiliare ad uso abitativo regolarmente registrato (sono esclusi gli immobili appartenenti alle categorie catastali Al, A8 e A9) e risieda nell'alloggio oggetto della procedura di rilascio da almeno un anno;
d) abbia cittadinanza italiana, di un paese dell'UE, ovvero, nei casi di cittadini non appartenenti all'UE, possieda un regolare titolo di soggiorno;
e) non sia titolare, unitamente a ciascun componente del nucleo familiare, di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nel territorio nazionale di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del nucleo familiare.

Costituisce criterio preferenziale per la concessione del contributo la presenza all'interno del nucleo familiare di almeno un componente che sia:

- ultrasettantenne;
- ovvero minore,
- ovvero con invalidità accertata per almeno il 74%,
- ovvero in carico ai servizi sociali o alle competenti aziende sanitarie locali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

L'importo massimo del contributo concedibile per sanare la morosità incolpevole accertata non può superare la somma di euro 12.000,00.

Finalizzazione dei contributi.

I contributi sono destinati a:

a) fino a un massimo di 8.000,00 euro per sanare la morosità incolpevole accertata dal Comune, qualora il periodo residuo del contratto in essere non sia inferiore ad anni due, con contestuale rinuncia all'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile;

b) fino a un massimo di 6.000,00 euro per ristorare la proprietà dei canoni corrispondenti alle mensilità di differimento qualora il proprietario dell'immobile consenta il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile per il tempo necessario a trovare un'adeguata soluzione abitativa all'inquilino moroso incolpevole;

c) assicurare il versamento di un deposito cauzionale per stipulare un nuovo contratto di locazione;

d) assicurare il versamento di un numero di mensilità relative a un nuovo contratto da sottoscrivere a canone concordato fino alla capienza del contributo massimo complessivamente concedibile di 12.000,00 euro.

I contributi di cui alle lettere c) e d) possono essere corrisposti dal Comune in un'unica soluzione contestualmente alla sottoscrizione del nuovo contratto.

I cittadini aventi i requisiti richiesti dovranno presentare al Comune domanda di finanziamento, utilizzando

il modello allegato al presente provvedimento (all. B), corredata dei documenti previsti.

I Comuni, effettuate le verifiche e i controlli necessari, provvederanno alla liquidazione e al pagamento del contributo spettante.

Al fine di consentire ai Comuni di procedere alla immediata erogazione dei contributi a favore dei soggetti richiedenti aventi titolo, dopo l'approvazione del presente provvedimento da parte della Giunta Regionale, la Dirigente della Sezione Politiche Abitative provvederà con atto dirigenziale a corrispondere a ciascun Comune un acconto pari al 30% della somma attribuita.

La parte di finanziamento restante sarà erogata ad esaurimento della quota parte del 30% già corrisposta, su richiesta dei Comuni in relazione alle ulteriori domande di contributo presentate dai cittadini aventi titolo, fino alla concorrenza dell'importo complessivamente attribuito.

I Comuni dovranno adottare le misure necessarie per comunicare alle Prefetture - Uffici territoriali del Governo l'elenco dei soggetti richiedenti che abbiano i requisiti per l'accesso al contributo, per le valutazioni funzionali all'adozione delle misure di graduazione programmata dell'intervento della forza pubblica nell'esecuzione dei provvedimenti di sfratto.

I Comuni dovranno bimestralmente rendicontare alla Regione l'avvenuta erogazione dei contributi e fornire ogni altra informazione utile sulle attività poste in essere in applicazione del decreto ministeriale e delle linee guida. In particolare:

a. numero complessivo famiglie assistite;
b. entità contributi erogati (anche riferiti a depositi cauzionali necessari alla stipula di nuovi contratti);
c. numero di nuovi contratti sottoscritti e/o rinegoziati a canone inferiore;
d. numero di procedure di rilascio differite;
e. risorse residue.

La Sezione Politiche Abitative provvederà a trasmettere copia del presente provvedimento al Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti — Direzione Generale per la Condizione Abitativa- e alle Prefetture competenti per territorio.

COPERTURA FINANZIARIA

Il presente provvedimento è atto di programmazione e riparto tra i Comuni della somma complessiva di **€ 7.940.101,38,** riveniente da assegnazione vincolata a scopo specifico da parte dello Stato come di seguito specificato.

Capitolo 411194

– € **680.022,20 -** determina di impegno n. 293 del 16/07/2015;
– € **2.361.143,14 -** determina di impegno n. 476 del 15/12/2015;
– € **4.898.936,04 -** delibera G.R. n. 1545 del 11/10/2016 di variazione al bilancio di previsione 2016.

Della somma di **€ 7.940.101,38** il presente provvedimento comporta una spesa di **€ 7.931.270,02.** La restante somma di € **8.831,36** resta nella disponibilità regionale e sarà localizzata con successivi provvedimenti della Giunta Regionale.

La Dirigente della Sezione Politiche Abitative provvederà con successivi provvedimenti all'impegno, liquidazione e pagamento del contributo spettante a ciascun Comune.

Vista la L.R. n. 7 del 4/2/1997, art. 4, comma 4, punto a)

L'Assessore alla Pianificazione Territoriale, Arch. Anna Maria Curcuruto, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Pianificazione Territoriale;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla Dirigente ad interim del Servizio e dalla Dirigente della Sezione;

a voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di fare propria e approvare la relazione che precede;

- di ripartire tra i Comuni ad alta tensione abitativa di cui alla delibera CIPE n. 87/2003 e tra i Comuni con popolazione superiore a 10.000 abitanti la somma complessiva di € **7.940.101,38,** per il sostegno alla morosità incolpevole;

- di attribuire a ciascun Comune il contributo quantificato nei modi illustrati in narrativa, secondo il seguente prospetto. In base ai criteri di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, sono esclusi i Comuni a cui spetterebbe un contributo di importo inferiore a € 2.000.

Comuni Capoluoghi di Provincia	Contributo €
BARI	**2.538.170,69**
ANDRIA	**119.079,47**
BARLETTA	**260.090,90**
TRANI	**210.190,28**
BRINDISI	**206.761,10**
FOGGIA	**297.070,54**
LECCE	**363.614,34**
TARANTO	**1.143.127,44**

Provincia di Bari

ACQUAVIVA	**13.137,84**
ADELFIA	**7.283,05**
ALBEROBELLO	**4.486,09**
ALTAMURA	**43.018,63**
BITETTO	**10.344,00**
BITONTO	**74.803,97**
BITRITTO	**15.165,42**
CAPURSO	**26.460,59**
CASAMASSIMA	**12.626,05**
CASSANO	**5.647,39**
CASTELLANA	**5.342,59**
CONVERSANO	**17.876,03**
CORATO	**25.084,90**
GIOIA DEL COLLE	**11.186,07**

GIOVINAZZO	24.418,97
GRAVINA	28.630,99
GRUMO	5.537,44
LOCOROTONDO	3.882,26
MODUGNO	46.992,98
MOLA DI BARI	30.651,46
MOLFETTA	130.813,12
MONOPOLI	44.990,46
NOCI	9.694,44
NOICATTARO	6.206,86
PALO DEL COLLE	21.336,37
POLIGNANO	7.155,03
PUTIGNANO	9.803,28
RUTIGLIANO	8.527,41
RUVO DI PUGLIA	16.990,42
SANTERAMO	18.128,98
TERLIZZI	26.816,20
TRIGGIANO	47.164,27
TURI	4.597,31
VALENZANO	24.730,36

Provincia BAT

BISCEGLIE	104.378,86
CANOSA	20.120,08
MARGHERITA DI S.	10.971,03
SAN FERDINANDO DI P.	12.079,54
TRINITAPOLI	9.331,05

Provincia di Brindisi

CAROVIGNO	10.571,57
CEGLIE MESSAPICA	17.880,87
CISTERNINO	2.747,07
FASANO	63.972,98
FRANCAVILLA FONTANA	64.099,33
LATIANO	8.892,51
MESAGNE	38.600,32
ORIA	4.593,74
OSTUNI	67.776,99
SAN DONACI	4.035,74
SAN PANCRAZIO S.	2.570,71
SAN PIETRO V.	28.578,40
SAN VITO DEI N.	33.340,72
TORRE S. SUSANNA	2.486,65

Provincia di Foggia

CERIGNOLA	44.279,93
LUCERA	24.376,14
MANFREDONIA	120.697,90
MONTE SANT'ANGELO	7.206,86

ORDONA	2.905,88
ORTA NOVA	18.256,42
SAN GIOVANNI ROTONDO	23.151,10
SAN MARCO IN LAMIS	14.970,44
SANNICANDRO GARGANO	7.899,88
SAN SEVERO	38.928,05
STORNARA	3.070,56
TORREMAGGIORE	7.715,11
TROIA	5.560,12
VIESTE	15.607,65

Provincia di Lecce

ARNESANO	10.582,84
CAMPI SALENTINA	15.840,13
CARMIANO	11.595,54
BASARANO	15.064,34
CAVALLINO	33.330,00
COPERTINO	13.335,76
GALATINA	13.440,83
GALATONE	35.727,60
GALLIPOLI	200.220,90
LEQUILE	60.931,88
LEVERANO	23.803,35
LIZZANELLO	19.025,08
MAGLIE	20.268,87
MATINO	4.623,68
MONTERONI	24.269,67
NARDO	25.783,00
NOVOLI	22.155,81
RACALE	7.766,88
SAN CESARIO DI LECCE	16.225,48
SQUINZANO	31.671,79
SURBO	23.540,64
TAURISANO	8.526,59
TAVIANO	31.589,98
TREPUZZI	53.504,09
TRICASE	9.796,05
UGENTO	8.931,91
VEGLIE	10.491,16
VERNOLE	7.041,24

Provincia di Taranto

CASTELLANETA	4.752,55
CRISPIANO	18.689,61
FAGGIANO	5.196,39
GINOSA	11.340,38
GROTTAGLIE	70.593,13
LATERZA	10.556,86
LEPORANO	8.786,51

LIZZANO	**4.083,02**
MANDURIA	**18.088,84**
MARTINA FRANCA	**75.965,00**
MASSAFRA	**51.628,94**
MONTEIASI	**6.189,84**
MONTEMESOLA	**4.310,79**
MOTTOLA	**28.274,78**
PALAGIANO	**10.215,76**
PULSANO	**15.511,78**
SAN GIORGIO IONICO	**25.199,33**
SAVA	**17.722,78**
STATTE	**15.788,45**

I Comuni, ai fini della individuazione dei soggetti destinatari del contributo per morosità incolpevole, entro 15 giorni a partire dalla data di pubblicazione sul BURP del presente provvedimento, dovranno emettere bandi aperti aventi la caratteristica "di sportello", secondo lo schema allegato al presente provvedimento, (all. A), riportanti i requisiti previsti dal D.M. n. 202 del 14/5/2014 e dal D.M. del 30/03/2016 e le linee guida esplicitate in narrativa, e darne comunicazione alla Sezione regionale Politiche Abitative a mezzo posta elettronica certificata, al seguente indirizzo pec: ufficio.orca@pec.rupar.puglia.it.

I cittadini aventi i requisiti richiesti dovranno presentare al Comune domanda di finanziamento, utilizzando il modello allegato al presente provvedimento (all. B), corredata dei documenti previsti.

I Comuni, effettuate le verifiche e i controlli necessari, provvederanno alla liquidazione e al pagamento del contributo spettante.

Al fine di consentire ai Comuni di procedere alla immediata erogazione dei contributi a favore dei soggetti richiedenti aventi titolo, dopo l'approvazione del presente provvedimento da parte della Giunta Regionale, la Dirigente della Sezione Politiche Abitative provvederà con atto dirigenziale a corrispondere a ciascun Comune un acconto pari al 30% della somma attribuita. La parte di finanziamento restante sarà erogata ad esaurimento della quota parte del 30% già corrisposta, su richiesta dei Comuni in relazione alle ulteriori domande di contributo presentate dai cittadini aventi titolo, fino alla concorrenza dell'importo complessivamente attribuito.

I Comuni dovranno adottare le misure necessarie per comunicare alle Prefetture - Uffici territoriali del Governo l'elenco dei soggetti richiedenti che abbiano i requisiti per l'accesso al contributo, per le valutazioni funzionali all'adozione delle misure di graduazione programmata dell'intervento della forza pubblica nell'esecuzione dei provvedimenti di sfratto.

I Comuni dovranno bimestralmente rendicontare alla Regione l'avvenuta erogazione dei contributi e fornire ogni altra informazione utile sulle attività poste in essere in applicazione del decreto ministeriale e delle linee guida. In particolare:
- numero complessivo famiglie assistite;
- entità contributi erogati (anche riferiti a depositi cauzionali necessari alla stipula di nuovi contratti);
- numero di nuovi contratti sottoscritti e/o rinegoziati a canone inferiore;
- numero di procedure di rilascio differite;
- risorse residue.

Le somme non utilizzate resteranno nella disponibilità regionale, per essere successivamente localizzate con provvedimenti di Giunta Regionale.

La Sezione Politiche Abitative provvederà a trasmettere copia del presente provvedimento al Ministero delle infrastrutture e dei Trasporti — Direzione Generale per la Condizione Abitativa- e alle Prefetture competenti per territorio.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul BURP.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

Tab. 1

Comuni capoluogo di Provincia	n. sfratti	totale contributo spettante a tutti i comuni capoluogo eccetto BAT=(n. sfr. Com. capol./ n. sfr. complessivo pari a 3.341) * somma da ripartire pari a € 7.940.101,38
BARI	1.068	**4.548.744,10**
BRINDISI	87	
FOGGIA	125	
LECCE	153	
TARANTO	481	
totale	**1914**	

PROVINCIA BAT (compresi i capoluoghi di prov.)	**314**	totale contributo spettante alla prov. BAT, compresi i capoluoghi di prov.=(n. sfr.prov./ n. sfr. complessivo pari a 3.341) * somma da ripartire pari a € 7.940.101,38 = **€ 746.241,20**

PROV. BARI	301	totale contributo spettante a tutti i comuni non capol. di prov.(eccetto BAT)=(n. sfr. Com. non capol./ n. sfr. Complessivo pari a 3.341) * somma da ripartire pari a € 7.940.101,38 **€ 2.645.116,08**
PROV. BRINDISI	136	
PROV. FOGGIA	140	
PROV. LECCE	371	
PROV. TARANTO	165	
totale	**1113**	

totale n. sfratti :
3.341

somma da ripartire
€ 7.940.101,38

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE
REGIONE PUGLIA

Tab. 2

Comune capoluogo di prov.	n. sfratti	contributo assegnato
BARI	1.068	2.538.170,69
BRINDISI	87	206.761,10
FOGGIA	125	297.070,54
LECCE	153	363.614,34
TARANTO	481	1.143.127,44
Totale	1.914	4.548.744,10

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE
REGIONE PUGLIA

Tab. 3

n.	Comune	ata	fabbisogno L. n. 431/98-anno 2013	n. sfratti
1	ANDRIA	si	1.968.100,00	49,88434001
2	BARLETTA	si	4.298.683,00	108,9563357
3	BISCEGLIE	si	1.725.134,00	43,72601546
4	CANOSA	no	332.537,00	8,428631052
5	MARGHERITA DI S.	no	181.325,00	4,595944288
6	MINERVINO	no	34.932,67	0,885419027
7	SAN FERDINANDO DI P.	no	199.646,00	5,060316521
8	SPINAZZOLA	no	19.802,28	0,501917417
9	TRANI	si	3.473.944,72	88,05215161
10	TRINITAPOLI	no	154.220,00	3,908928874
	totali		12.388.324,67	314

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE
REGIONE PUGLIA

Tab. 4

n.	Comune	ata	n. sfratti	contributo assegnato
1	ANDRIA	si	49,88434	119.079,47
2	BARLETTA	si	108,95634	260.090,90
3	BISCEGLIE	si	43,72602	104.378,86
4	CANOSA	no	8,42863	20.120,08
5	MARGHERITA DI S.	no	4,59594	10.971,03
6	SAN FERDINANDO DI P.	no	5,06032	12.079,54
7	TRANI	si	88,05215	210.190,28
8	TRINITAPOLI	no	3,90893	9.331,05
	totali		312,61266	746.241,20

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE
REGIONE PUGLIA

Tab. 5

n.	Comune	ata	fabbisogno L. n. 431/98-anno 2013	n. sfratti
1	ACQUAVIVA	no	340.400,00	4,924709392
2	ADELFIA	si	188.703,00	2,730045348
3	ALBEROBELLO	no	116.234,00	1,681605968
4	ALTAMURA	si	1.114.608,00	16,125500839
5	BINETTO	no	21.288,00	0,307982413
6	BITETTO	no	268.012,00	3,877441873
7	BITONTO	si	1.938.163,00	28,040216006
8	BITRITTO	si	392.934,48	5,684747720
9	CAPURSO	si	685.591,00	9,918732187
10	CASAMASSIMA	no	327.139,54	4,732864762
11	CASSANO	no	146.323,34	2,116921054
12	CASTELLANA	no	138.426,00	2,002666928
13	CELLAMARE	no	76.639,00	1,108768517
14	CONVERSANO	no	463.166,00	6,700816540
15	CORATO	si	649.947,00	9,403055508
16	GIOIA DEL COLLE	no	289.830,00	4,193092018
17	GIOVINAZZO	si	632.693,00	9,153434662
18	GRAVINA	si	741.826,00	10,732307489
19	GRUMO	no	143.474,47	2,075705258
20	LOCOROTONDO	no	100.589,00	1,455263199
21	MODUGNO	si	1.217.583,00	17,615283299
22	MOLA DI BARI	si	794.176,00	11,489676868
23	MOLFETTA	si	3.389.354,00	49,035204099
24	MONOPOLI	si	1.165.698,00	16,864641270
25	NOCI	no	251.182,00	3,633955213
26	NOICATTARO	si	160.819,00	2,326635839
27	PALO DEL COLLE	no	552.823,00	7,997921915
28	POGGIORSINI	no	6.916,00	0,100056669
29	POLIGNANO	no	185.386,00	2,682056919
30	PUTIGNANO	no	254.002,00	3,674753334
31	RUTIGLIANO	no	220.944,33	3,196494174
32	RUVO DI PUGLIA	no	440.220,00	6,368847146
33	SAMMICHELE	no	48.618,00	0,703376972
34	SANNICANDRO	no	122.886,73	1,777853799
35	SANTERAMO	no	469.720,00	6,795636003
36	TERLIZZI	no	694.805,00	10,052034985
37	TORITTO	no	72.352,00	1,046746692
38	TRIGGIANO	si	1.222.021,13	17,679491585
39	TURI	no	119.115,77	1,723297741
40	VALENZANO	si	640.761,00	9,270157798
TOTALI			20.805.369,79	301

1	CAROVIGNO	si	73.757,16	3,962743868
2	CEGLIE MESSAPICA	no	124.753,75	6,702632773
3	CELLINO SAN MARCO	si	13.404,82	0,720199480
4	CISTERNINO	no	19.166,13	1,029736830
5	ERCHIE	no	2.836,65	0,152404423
6	FASANO	no	446.335,49	23,980224106
7	FRANCAVILLA FONTANA	no	447.217,05	24,027587596
8	LATIANO	si	62.042,51	3,333351990

REGIONE PUGLIA

9	MESAGNE	si	269.312,07	14,469303781
10	ORIA	no	32.050,25	1,721960711
11	OSTUNI	no	472.875,87	25,406156560
12	SAN DONACI	si	28.157,10	1,512793814
13	SAN MICHELE S.	no	27.326,34	1,468159651
14	SAN PANCRAZIO S.	no	17.935,69	0,963629098
15	SAN PIETRO V.	si	199.389,75	10,712593994
16	SAN VITO DEI N.	si	232.616,11	12,497743454
17	TORCHIAROLO	no	41.424,66	2,225618739
18	TORRE S. SUSANNA	no	17.349,22	0,932119881
19	VILLA CASTELLI	no	3.369,62	0,181039251
Totale			2.531.320,24	136

1	APRICENA	no	14.309,83	0,410961602
2	ASCOLI SATRIANO	si	18.658,69	0,535855782
3	BICCARI	no	4.425,31	0,127089734
4	BOVINO	no	5.485,99	0,157551225
5	CARAPELLE	si	19.724,42	0,566462302
6	CARLANTINO	no	396,50	0,011387017
7	CARPINO	no	1.786,97	0,051319691
8	CASTELLUCCIO DEI SAURI	si	8.196,28	0,235387588
9	CASTELNUOVO DELLA DAUNIA	no	4.366,66	0,125405375
10	CERIGNOLA	si	577.958,80	16,598301624
11	CHIEUTI	no	5.891,60	0,169199870
12	FAETO	no	96,90	0,002782855
13	ISCHITELLA	no	7.487,70	0,215037998
14	LESINA	no	18.048,22	0,518323796
15	LUCERA	si	318.166,85	9,137380282
16	MANFREDONIA	si	1.575.395,60	45,243521417
17	MATTINATA	no	79.392,20	2,280051246
18	MONTE SANT'ANGELO	no	94.066,71	2,701486032
19	ORDONA	si	37.928,65	1,089266524
20	ORTA NOVA	si	238.289,81	6,843404998
21	PESCHICI	no	35.982,11	1,033364169
22	PIETRA MONTECORVINO	no	2.946,66	0,084624633
23	RIGNANO GARGANICO	si	20.751,00	0,595944481
24	RODI GARGANICO	no	150.941,97	4,334877064
25	SAN GIOVANNI ROTONDO	si	302.177,03	8,678171330
26	SAN MARCO IN LAMIS	si	195.400,00	5,611659754
27	SANNICANDRO GARGANICO	no	103.112,24	2,961263088
28	SAN PAOLO DI CIVITATE	no	15.077,30	0,433002444
29	SAN SEVERO	si	508.103,98	14,592152791
30	SERRACAPRIOLA	no	9.586,63	0,275316815
31	STORNARA	si	40.078,10	1,150996217
32	STORNARELLA	si	8.552,48	0,245617235
33	TORREMAGGIORE	no	100.700,63	2,892004465
34	TROIA	si	72.572,80	2,084206044
35	VICO DEL GARGANO	no	68.317,49	1,961998511
36	VIESTE	no	203.717,05	5,850515715
37	VOLTURINO	no	589,6	0,016932623
38	ZAPPONETA	no	6.169,32	0,177175664
Totale			4.874.850,08	140

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio - Sezione Opere Pubbliche - REGIONE PUGLIA

1	ACQUARICA	no	21.653,00	2,289726803
2	ALESSANO	no	26.373,00	2,788849812
3	ALEZIO	no	67.466,00	7,134286635
4	ALLISTE	no	5.591,14	0,591242928
5	ARADEO	no	9.950,00	1,052176682
6	ARNESANO	si	37.514,00	3,966970457
7	BAGNOLO DEL SALENTO	no	2.474,78	0,261699076
8	CALIMERA	no	19.429,00	2,054546809
9	CAMPI SALENTINA	no	56.150,00	5,937660371
10	CAPRARICA	no	3.000,00	0,317239201
11	CARMIANO	no	41.103,81	4,346579942
12	CARPIGNANO SAL.	no	23.251,00	2,458709551
13	CASARANO	no	53.400,00	5,646857770
14	CASTRI DI LECCE	no	5.229,00	0,552947927
15	CASTRIGNANO DEI GRECI	no	27.047,83	2,860210655
16	CAVALLINO	si	118.148,00	12,493725690
17	COLLEPASSO	no	12.313,00	1,302055426
18	COPERTINO	no	47.272,53	4,998899875
19	CORIGLIANO	no	12.390,00	1,310197898
20	CORSANO	no	13.841,10	1,463646500
21	CURSI	no	8.148,73	0,861698864
22	CUTROFIANO	no	10.901,00	1,152741508
23	GAGLIANO DEL CAPO	no	1.566,00	0,165598863
24	GALATINA	no	47.645,00	5,038287237
25	GALATONE	no	126.647,00	13,392464345
26	GALLIPOLI	no	709.742,00	75,052661565
27	GIURDIGNANO	no	3.728,00	0,394222580
28	GUAGNANO	no	6.275,00	0,663558661
29	LEQUILE	si	215.991,00	22,840270724
30	LEVERANO	no	84.378,00	8,922669755
31	LIZZANELLO	si	67.440,00	7,131537229
32	MAGLIE	no	71.849,00	7,597773107
33	MARTANO	no	21.252,00	2,247322497
34	MATINO	no	16.390,00	1,733183499
35	MELENDUGNO	no	44.192,00	4,673144917
36	MELISSANO	no	11.180,96	1,182346271
37	MELPIGNANO	no	11.500,00	1,216083602
38	MONTERONI	si	86.031,00	9,097468555
39	MORCIANO DI LEUCA	no	3.098,00	0,327602348
40	MURO LECCESE	no	13.331,00	1,409705261
41	NARDO'	no	91.395,43	9,664737716
42	NEVIANO	no	15.976,10	1,689415064
43	NOVOLI	si	78.537,81	8,305090686
44	OTRANTO	no	54.981,00	5,814042829
45	PARABITA	no	23.039,00	2,436291314
46	POGGIARDO	no	11.880,00	1,256267234
47	PORTO CESAREO	no	18.668,80	1,974158396
48	PRESICCE	no	24.173,00	2,556207732
49	RACALE	no	27.532,00	2,911409890
50	RUFFANO	no	26.573,37	2,810038218
51	SALICE SALENTINO	no	20.427,00	2,160081717
52	SALVE	no	10.538,00	1,114355565
53	SANARICA	no	3.769,30	0,398588906

54	SAN CESARIO DI LECCE	si	57.516,00	6,082109953
55	SAN DONATO DI LECCE	no	24.979,17	2,641457307
56	SANNICOLA	no	19.829,00	2,096845369
57	SAN PIETRO IN LAMA	no	65.599,52	6,936913094
58	SCORRANO	no	49.413,98	5,225350504
59	SECLI'	no	3.087,96	0,326540654
60	SOGLIANO CAVOUR	no	11.233,36	1,187887382
61	SOLETO	no	5.016,00	0,530423943
62	SPECCHIA	no	3.774,00	0,399086914
63	SQUINZANO	si	112.270,00	11,872148350
64	SUPERSANO	no	5.897,00	0,623586522
65	SURBO	si	83.446,74	8,824192363
66	TAURISANO	no	30.225,00	3,196184946
67	TAVIANO	no	111.980,00	11,841481893
68	TIGGIANO	no	112,00	0,011843597
69	TREPUZZI	si	189.661,00	20,055968007
70	TRICASE	no	34.725,00	3,672043747
71	TUGLIE	no	18.951,00	2,004000030
72	UGENTO	no	31.661,77	3,348118201
73	UGGIANO LA CHIESA	no	14.492,73	1,532554026
74	VEGLIE	no	37.189,00	3,932602877
75	VERNOLE	si	24.959,74	2,639402655
Totale			3.508.393,66	371

1	AVETRANA	no	44.218,33	2,292071911
2	CAROSINO	no	43.435,00	2,251467739
3	CASTELLANETA	si	34.368,27	1,781490760
4	CRISPIANO	si	135.154,69	7,005788518
5	FAGGIANO	si	37.577,89	1,947862485
6	FRAGAGNANO	no	60.030,53	3,111702582
7	GINOSA	no	82.008,39	4,250932299
8	GROTTAGLIE	si	510.497,02	26,461783613
9	LATERZA	no	76.342,36	3,957231740
10	LEPORANO	si	63.539,99	3,293616613
11	LIZZANO	no	29.526,52	1,530517030
12	MANDURIA	no	130.810,16	6,780588353
13	MARTINA FRANCA	si	549.343,95	28,475427210
14	MARUGGIO	no	28.013,56	1,452092243
15	MASSAFRA	si	373.356,74	19,353071374
16	MONTEIASI	si	44.762,04	2,320255301
17	MONTEMESOLA	si	31.173,62	1,615895009
18	MONTEPARANO	no	15.406,20	0,798585525
19	MOTTOLA	si	204.470,17	10,598779585
20	PALAGIANELLO	no	44.754,10	2,319843728
21	PALAGIANO	si	73.875,71	3,829372113
22	PULSANO	si	112.174,07	5,814580401
23	ROCCAFORZATA	no	17.273,48	0,895376608
24	SAN GIORGIO IONICO	si	182.229,96	9,445950868
25	SAN MARZANO	no	7.569,00	0,392341644
26	SAVA	no	128.162,96	6,643369857
27	STATTE	no	114.174,78	5,918287873
28	TORRICELLA	no	8.907,38	0,461717019
Totale			3.183.156,87	165

REGIONE PUGLIA

Tab. 6

n.	Comune	ata	n. sfratti	contributo assegnato
1	ACQUAVIVA	no	4,924709392	13.137,84
2	ADELFIA	si	2,730045348	7.283,05
3	ALBEROBELLO	no	1,681605968	4.486,09
4	ALTAMURA	si	16,12550084	43.018,63
5	BITETTO	no	3,877441873	10.344,00
6	BITONTO	si	28,04021601	74.803,97
7	BITRITTO	si	5,68474772	15.165,42
8	CAPURSO	si	9,918732187	26.460,59
9	CASAMASSIMA	no	4,732864762	12.626,05
10	CASSANO	no	2,116921054	5.647,39
11	CASTELLANA	no	2,002666928	5.342,59
12	CONVERSANO	no	6,70081654	17.876,03
13	CORATO	si	9,403055508	25.084,90
14	GIOIA DEL COLLE	no	4,193092018	11.186,07
15	GIOVINAZZO	si	9,153434662	24.418,97
16	GRAVINA	si	10,73230749	28.630,99
17	GRUMO	no	2,075705258	5.537,44
18	LOCOROTONDO	no	1,455263199	3.882,26
19	MODUGNO	si	17,6152833	46.992,98
20	MOLA DI BARI	si	11,48967687	30.651,46
21	MOLFETTA	si	49,0352041	130.813,12
22	MONOPOLI	si	16,86464127	44.990,46
23	NOCI	no	3,633955213	9.694,44
24	NOICATTARO	si	2,326635839	6.206,86
25	PALO DEL COLLE	no	7,997921915	21.336,37
26	POLIGNANO	no	2,682056919	7.155,03
27	PUTIGNANO	no	3,674753334	9.803,28
28	RUTIGLIANO	no	3,196494174	8.527,41
29	RUVO DI PUGLIA	no	6,368847146	16.990,42
30	SANTERAMO	no	6,795636003	18.128,98
31	TERLIZZI	no	10,05203498	26.816,20
32	TRIGGIANO	si	17,679491585	47.164,27
33	TURI	no	1,723297741	4.597,31
34	VALENZANO	si	9,270157798	24.730,36
TOTALI			295,955214938	789.531,24

1	CAROVIGNO	si	3,962743868	10.571,57
2	CEGLIE MESSAPICA	no	6,702632773	17.880,87
3	CELLINO SAN MARCO	si	0,720199480	1.921,30
4	CISTERNINO	no	1,029736830	2.747,07
5	FASANO	no	23,980224106	63.972,98
6	FRANCAVILLA FONTANA	no	24,027587596	64.099,33
7	LATIANO	si	3,333351990	8.892,51
8	MESAGNE	si	14,469303781	38.600,32
9	ORIA	no	1,721960711	4.593,74
10	OSTUNI	no	25,406156560	67.776,99
11	SAN DONACI	si	1,512793814	4.035,74
12	SAN PANCRAZIO S.	no	0,963629098	2.570,71
13	SAN PIETRO V.	si	10,712593994	28.578,40
14	SAN VITO DEI N.	si	12,497743454	33.340,72
15	TORRE S. SUSANNA	no	0,932119881	2.486,65
Totale			131,972777937	352.068,91

1	APRICENA	no	0,410961602	1.096,34

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio SEZIONE POLITICHE ABITATIVE REGIONE PUGLIA

2	ASCOLI SATRIANO	si	0,535855782	1.429,52
3	CARAPELLE	si	0,566462302	1.511,17
4	CASTELLUCCIO DEI SAURI	si	0,235387588	627,95
5	CERIGNOLA	si	16,59830162	44.279,93
6	LUCERA	si	9,137380282	24.376,14
7	MANFREDONIA	si	45,24352142	120.697,90
8	MONTE SANT'ANGELO	no	2,701486032	7.206,86
9	ORDONA	si	1,089266524	2.905,88
10	ORTA NOVA	si	6,843404998	18.256,42
11	RIGNANO GARGANICO	si	0,595944481	1.589,82
12	SAN GIOVANNI ROTONDO	si	8,67817133	23.151,10
13	SAN MARCO IN LAMIS	si	5,611659754	14.970,44
14	SANNICANDRO GARGANICO	no	2,961263088	7.899,88
15	SAN SEVERO	si	14,59215279	38.928,05
16	STORNARA	si	1,150996217	3.070,56
17	STORNARELLA	si	0,245617235	655,24
18	TORREMAGGIORE	no	2,892004465	7.715,11
19	TROIA	si	2,084206044	5.560,12
20	VIESTE	no	5,850515715	15.607,65
	Totale		128,024559270	341.536,10
1	ARNESANO	si	3,966970457	10.582,84
2	CAMPI SALENTINA	no	5,937660371	15.840,13
3	CARMIANO	no	4,346579942	11.595,54
4	CASARANO	no	5,64685777	15.064,34
5	CAVALLINO	si	12,49372569	33.330,00
6	COPERTINO	no	4,998899875	13.335,76
7	GALATINA	no	5,038287237	13.440,83
8	GALATONE	no	13,39246435	35.727,60
9	GALLIPOLI	no	75,05266156	200.220,90
10	LEQUILE	si	22,84027072	60.931,88
11	LEVERANO	no	8,922669755	23.803,35
12	LIZZANELLO	si	7,131537229	19.025,08
13	MAGLIE	no	7,597773107	20.268,87
14	MATINO	no	1,733183499	4.623,68
15	MONTERONI	si	9,097468555	24.269,67
16	NARDO'	no	9,664737716	25.783,00
17	NOVOLI	si	8,305090686	22.155,81
18	RACALE	no	2,91140989	7.766,88
19	SAN CESARIO DI LECCE	si	6,082109953	16.225,48
20	SQUINZANO	si	11,87214835	31.671,79
21	SURBO	si	8,824192363	23.540,64
22	TAURISANO	no	3,196184946	8.526,59
23	TAVIANO	no	11,84148189	31.589,98
24	TREPUZZI	si	20,05596801	53.504,09
25	TRICASE	no	3,672043747	9.796,05
26	UGENTO	no	3,348118201	8.931,91
27	VEGLIE	no	3,932602877	10.491,16
28	VERNOLE	si	2,639402655	7.041,24
	Totale		284,542501405	759.085,10

1	CASTELLANETA	si	1,78149076	4.752,55
2	CRISPIANO	si	7,005788518	18.689,61
3	FAGGIANO	si	1,947862485	5.196,39
4	GINOSA	no	4,250932299	11.340,38
5	GROTTAGLIE	si	26,46178361	70.593,13

Mobilità, Qualità U... SEZIONE POLITICHE ... REGIONE PUGLIA

10

6	LATERZA	no	3,95723174	10.556,86
7	LEPORANO	si	3,293616613	8.786,51
8	LIZZANO	no	1,53051703	4.083,02
9	MANDURIA	no	6,780588353	18.088,84
10	MARTINA FRANCA	si	28,47542721	75.965,00
11	MASSAFRA	si	19,35307137	51.628,94
12	MONTEIASI	si	2,320255301	6.189,84
13	MONTEMESOLA	si	1,615895009	4.310,79
14	MOTTOLA	si	10,59877959	28.274,78
15	PALAGIANO	si	3,829372113	10.215,76
16	PULSANO	si	5,814580401	15.511,78
17	SAN GIORGIO IONICO	si	9,445950868	25.199,33
18	SAVA	no	6,643369857	17.722,78
19	STATTE	no	5,918287873	15.788,45
Totale			151,024801002	402.894,74

n. sfratti 991
importo contributo assegnato 2.645.116,08

Dipartimento Mobilità, Qualità Urb... SEZIONE POLITICHE ... REGIONE PUGLIA

11

Tab. 7

Comuni non capoluogo di prov. - contributo > € 2.000-			
n.	Comune	ata	contributo assegnato
1	ACQUAVIVA	no	13.137,84
2	ADELFIA	si	7.283,05
3	ALBEROBELLO	no	4.486,09
4	ALTAMURA	si	43.018,63
5	BITETTO	no	10.344,00
6	BITONTO	si	74.803,97
7	BITRITTO	si	15.165,42
8	CAPURSO	si	26.460,59
9	CASAMASSIMA	no	12.626,05
10	CASSANO	no	5.647,39
11	CASTELLANA	no	5.342,59
12	CONVERSANO	no	17.876,03
13	CORATO	si	25.084,90
14	GIOIA DEL COLLE	no	11.186,07
15	GIOVINAZZO	si	24.418,97
16	GRAVINA	si	28.630,99
17	GRUMO	no	5.537,44
18	LOCOROTONDO	no	3.882,26
19	MODUGNO	si	46.992,98
20	MOLA DI BARI	si	30.651,46
21	MOLFETTA	si	130.813,12
22	MONOPOLI	si	44.990,46
23	NOCI	no	9.694,44
24	NOICATTARO	si	6.206,86
25	PALO DEL COLLE	no	21.336,37
26	POLIGNANO	no	7.155,03
27	PUTIGNANO	no	9.803,28
28	RUTIGLIANO	no	8.527,41
29	RUVO DI PUGLIA	no	16.990,42
30	SANTERAMO	no	18.128,98
31	TERLIZZI	no	26.816,20
32	TRIGGIANO	si	47.164,27
33	TURI	no	4.597,31
34	VALENZANO	si	24.730,36
TOTALI			789.531,24

1	CAROVIGNO	si	10.571,57
2	CEGLIE MESSAPICA	no	17.880,87
3	CISTERNINO	no	2.747,07
4	FASANO	no	63.972,98
5	FRANCAVILLA FONTANA	no	64.099,33
6	LATIANO	si	8.892,51
7	MESAGNE	si	38.600,32
8	ORIA	no	4.593,74

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Assetto del Territorio - SEZIONE POLITICHE ABITATIVE REGIONE PUGLIA

12

9	OSTUNI	no	67.776,99
10	SAN DONACI	si	4.035,74
11	SAN PANCRAZIO S.	no	2.570,71
12	SAN PIETRO V.	si	28.578,40
13	SAN VITO DEI N.	si	33.340,72
14	TORRE S. SUSANNA	no	2.486,65
Totale			350.147,61

1	CERIGNOLA	si	44.279,93
2	LUCERA	si	24.376,14
3	MANFREDONIA	si	120.697,90
4	MONTE SANT'ANGELO	no	7.206,86
5	ORDONA	si	2.905,88
6	ORTA NOVA	si	18.256,42
7	SAN GIOVANNI ROTONDO	si	23.151,10
8	SAN MARCO IN LAMIS	si	14.970,44
9	SANNICANDRO GARGANICO	no	7.899,88
10	SAN SEVERO	si	38.928,05
11	STORNARA	si	3.070,56
12	TORREMAGGIORE	no	7.715,11
13	TROIA	si	5.560,12
14	VIESTE	no	15.607,65
Totale			334.626,04

1	ARNESANO	si	10.582,84
2	CAMPI SALENTINA	no	15.840,13
3	CARMIANO	no	11.595,54
4	CASARANO	no	15.064,34
5	CAVALLINO	si	33.330,00
6	COPERTINO	no	13.335,76
7	GALATINA	no	13.440,83
8	GALATONE	no	35.727,60
9	GALLIPOLI	no	200.220,90
10	LEQUILE	si	60.931,88
11	LEVERANO	no	23.803,35
12	LIZZANELLO	si	19.025,08
13	MAGLIE	no	20.268,87
14	MATINO	no	4.623,68
15	MONTERONI	si	24.269,67
16	NARDO'	no	25.783,00
17	NOVOLI	si	22.155,81
18	RACALE	no	7.766,88
19	SAN CESARIO DI LECCE	si	16.225,48
20	SQUINZANO	si	31.671,79
21	SURBO	si	23.540,64
22	TAURISANO	no	8.526,59
23	TAVIANO	no	31.589,98
24	TREPUZZI	si	53.504,09
25	TRICASE	no	9.796,05
26	UGENTO	no	8.931,91

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio SEZIONE POLITICHE ABITATIVE REGIONE PUGLIA

13

27	VEGLIE	no	10.491,16
28	VERNOLE	si	7.041,24
Totale			759.085,10

1	CASTELLANETA	si	4.752,55
2	CRISPIANO	si	18.689,61
3	FAGGIANO	si	5.196,39
4	GINOSA	no	11.340,38
5	GROTTAGLIE	si	70.593,13
6	LATERZA	no	10.556,86
7	LEPORANO	si	8.786,51
8	LIZZANO	no	4.083,02
9	MANDURIA	no	18.088,84
10	MARTINA FRANCA	si	75.965,00
11	MASSAFRA	si	51.628,94
12	MONTEIASI	si	6.189,84
13	MONTEMESOLA	si	4.310,79
14	MOTTOLA	si	28.274,78
15	PALAGIANO	si	10.215,76
16	PULSANO	si	15.511,78
17	SAN GIORGIO IONICO	si	25.199,33
18	SAVA	no	17.722,78
19	STATTE	no	15.788,45
Totale			402.894,74

Totale contributi attribuiti € 7.931.270,02
Economie € 8.831,36

REGIONE PUGLIA
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE

Allegato A)

Comune di .....

AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI PER MOROSITÀ INCOLPEVOLE – ANNO 2016

Visto il Decreto Legge 31 agosto 2013 n.102, art.6. comma 5, convertito con modificazioni dalla legge 28 ottobre 2013 n. 124;

Visto il Decreto Legge 28 marzo 2014 n.47, convertito con modificazioni dalla legge 23 maggio 2014, n. 80;

Visti i decreti del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 14 maggio 2014, 5 dicembre 2014, 19 marzo 2015 e 30 marzo 2016;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. del avente ad oggetto "Fondo nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli- D.L 31/08/2013, n. 102- art. 6, comma 5 - convertito con modificazioni dalla L. 28/10/2013, n. 124 - Criteri e ripartizione risorse relative alle annualità 2015 e 2016.

RENDE NOTO

che a partire dalla data di pubblicazione del presente avviso pubblico i soggetti in possesso dei requisiti sotto elencati potranno presentare domanda per ottenere un contributo volto a ridurre la morosità incolpevole.

Art. 1

Destinatari e requisiti

Possono presentare richiesta per usufruire del contributo in oggetto i nuclei familiari che sono in possesso, al momento della domanda, dei seguenti requisiti:

1) richiedente con cittadinanza italiana o di uno Stato appartenente all'Unione europea, ovvero nei casi di cittadini non appartenenti all'U.E. possieda un regolare titolo di soggiorno;
2) titolarità di un contratto di locazione di edilizia di unità immobiliare ad uso abitativo regolarmente registrato, con esclusione degli immobili appartenenti alle categorie catastali A1, A8 e A9 e residenza nell'alloggio oggetto della procedura di rilascio da almeno un anno;
3) essere destinatario di un atto di intimazione di sfratto per morosità con citazione di convalida;
4) possesso di un reddito ISE non superiore ad € 35.000,00 o di un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore ISEE non superiore ad € 26.000,00;
5) non titolarità del richiedente e di ciascun componente del nucleo familiare di diritti di proprietà, usufrutto, uso o abitazione su immobile, nel territorio nazionale, fruibile ed adeguato alle esigenze del nucleo familiare;

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio - SEZIONE POLITICHE ABITATIVE - REGIONE PUGLIA

6) situazione di morosità incolpevole, ossia una situazione di sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo a ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare dovuta ad una della seguenti cause:

.perdita del lavoro per licenziamento, escluso quello per giusta causa;

.accordi aziendali o sindacali con consistente riduzione dell'orario di lavoro;

.cassa integrazione ordinaria o straordinaria che limiti notevolmente la capacità reddituale;

.mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici;

.cessazioni di attività libero-professionali o di imprese registrate alla C.C.I.A.A., derivanti da causa di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente;

.malattia grave, infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare che abbia comportato o la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche e assistenziali;

.altre cause individuate dal Comune.

Art. 2

Autocertificazione dei requisiti di ammissibilità

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" il richiedente può ricorrere all'autocertificazione dei requisiti indicati all'art. 1 del presente avviso.

A tal fine si ricorda che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, è punito ai sensi del codice penale e delle vigenti leggi in materia e che ai sensi dell'art. 75 del predetto testo unico nel caso di dichiarazioni mendaci il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Si invita, pertanto, a prestare la massima attenzione nel rendere tali dichiarazioni verificando con precisione i dati dichiarati.

Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

a) copia del contratto di locazione regolarmente registrato;
b) copia dell'intimazione di sfratto per morosità con citazione per la convalida, dalla quale si deduca l'ammontare complessivo della morosità e, se già intervenuta, copia del verbale della prima udienza oppure copia dell'ordinanza di convalida di sfratto per morosità, copia dell'eventuale atto di precetto e/o della significazione di esecuzione;
c) documenti comprovanti il possesso delle condizioni d'incolpevolezza della morosità di cui all'art. 1 punto 6;
d) dichiarazione rilasciata dal proprietario dell'alloggio, in relazione alla situazione che ricorre (modello C o modello D).

Art. 3

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio - Sezione Politiche Abitative - REGIONE PUGLIA

Distribuzione, raccolta e modalità di presentazione delle domande

Le domande di partecipazione al presente avviso pubblico devono essere compilate unicamente sui moduli predisposti dal Comune reperibili sul sito web all'indirizzo ..... o distribuiti presso l'URP del Comune o presso i Sindacati degli Inquilini.

Le domande, debitamente sottoscritte, dovranno essere complete di tutti i dati richiesti e corredate da tutta la necessaria ed idonea documentazione.

Art. 4

Istruttoria delle domande e priorità nella concessione dei contributi

Il Comune procede all'istruttoria delle domande, accerta la sussistenza delle condizioni, verifica il possesso dei requisiti previsti e dei criteri di priorità individuati dal D.M. 14/05/2014, ovvero la presenza all'interno del nucleo familiare di almeno un componente che sia:

.ultrasettantenne,

.ovvero minore,

.ovvero con invalidità accertata per almeno il 74%,

.ovvero in carico ai servizi sociali o alle competenti aziende sanitarie locali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

Entro 5 giorni dalla ricezione della comunicazione di esclusione delle richieste, gli interessati possono inoltrare opposizione.

Art. 5

Ammontare e destinazione del contributo

a)fino a un massimo di 8.000,00 euro per sanare la morosità incolpevole accertata dal Comune, qualora il periodo residuo del contratto in essere non sia inferiore ad anni due, con contestuale rinuncia all'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile;

b)fino a un massimo di 6.000,00 euro per ristorare la proprietà dei canoni corrispondenti alle mensilità di differimento qualora il proprietario dell'immobile consenta il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile per il tempo necessario a trovare un'adeguata soluzione abitativa all'inquilino moroso incolpevole;

c)assicurare il versamento di un deposito cauzionale per stipulare un nuovo contratto di locazione;

d)assicurare il versamento di un numero di mensilità relative a un nuovo contratto da sottoscrivere a canone concordato fino alla capienza del contributo massimo complessivamente concedibile di 12.000,00 euro.

I contributi di cui alle lettere c) e d) possono essere corrisposti dal Comune in un'unica soluzione contestualmente alla sottoscrizione del nuovo contratto.

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE
REGIONE PUGLIA

L'importo massimo di contributo concedibile per sanare la morosità incolpevole accertata non può superare l'importo di € 12.000,00 (euro dodicimila/00).

Art 6

Ulteriori disposizioni

L'erogazione del contributo a favore di soggetti i cui nuclei familiari sono inseriti nelle graduatorie vigenti per l'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica non pregiudica in alcun modo la posizione acquisita da tali soggetti nelle suddette graduatorie.

L'eventuale assegnazione dell'alloggio di edilizia residenziale pubblica è causa di decadenza dal diritto di contributo.

Art. 7

Controlli

In attuazione degli adempimenti in materia di controlli e sanzioni previsti dal D.P.R. n. 445/2000 e dal D.Lgs. n. 196/2003 (TU trattamento dati personali) saranno effettuati controlli a campione per la verifica delle autocertificazioni presentate e nei casi di dichiarazioni mendaci rilasciate al fine di ottenere indebitamente il beneficio del contributo, il richiedente decadrà immediatamente dal beneficio concessogli, con obbligo di restituzione della somma percepita e incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi specifiche in materia.

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE
REGIONE PUGLIA

18

Allegato B)

AL COMUNE DI .....

CONTRIBUTO PER MOROSITÀ INCOLPEVOLE – ANNO 2016

Decreto legge 31 agosto 2013 n. 102 convertito con modificazioni dalla legge 28 ottobre 2013 n. 124- Deliberazione della Giunta Regionale n.... del ..... avente ad oggetto "Fondo nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli- D.L 31/08/2013, n. 102- art. 6, comma 5 - convertito con modificazioni dalla L. 28/10/2013, n. 124 - Criteri e ripartizione risorse relative alle annualità 2015 e 2016".

DOMANDA DI CONTRIBUTO

Cognome	Nome

Comune di nascita	Provincia	Data di nascita	Nazionalità	Sesso

Comune di residenza	Provincia	Via/Piazza, numero civico	CAP

Telefono	Indirizzo e-mail	Codice Fiscale

Il sottoscritto, con riferimento all'Avviso pubblico approvato con .....

CHIEDE

la concessione di un contributo per morosità incolpevole secondo i criteri, le modalità ed i limiti indicati dal suddetto Avviso.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

- di aver preso visione dell'avviso pubblico, di essere a conoscenza delle norme in esso contenute e di possedere i requisiti di partecipazione in esso indicati **alla data di presentazione della domanda**;
- che il proprio nucleo familiare è composto nel seguente modo:

COGNOME E NOME	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice Fiscale	Rapporti con il richiedente *
richiedente				-

** A= coniuge; B= figlio/a; C= padre/madre; D= fratello/sorella; E= suocero/suocera; F= genero/nuora; G= altro parente o affine da specificare; H= altra persona non legata da vincoli di parentela o affinità, convivente per motivi di assistenza morale e materiale da almeno due anni alla data dell'avviso.*

REGIONE PUGLIA Dipartimento Politiche Abitative

- di essere cittadino:
  - o italiano;
  - o di uno Stato appartenente all'Unione Europea e precisamente: .....;
  - o di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e in possesso di regolare titolo di soggiorno;
- di essere titolare di un contratto di locazione di unità immobiliare esclusivamente ad uso abitativo, regolarmente registrato e che l'alloggio non rientra tra le categorie catastali A1, A8 e A9;
- che il canone di locazione annuale per l'alloggio, alla data della domanda e al netto degli oneri accessori (spese condominiali, commissioni bancarie, bolli e spese di registro) è pari a euro .....;
- di avere la residenza da almeno un anno nell'alloggio oggetto della procedura di rilascio, sito nel Comune di .....;
- che il proprietario dell'alloggio condotto in locazione è il/la sig/sig.ra ..... nato/a il ..... a ....., residente in ....., via.....;
- di possedere un reddito ISE non superiore a € 35.000,00 o un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore ISEE non superiore a € 26.000,00;
- di non essere titolare, unitamente ai componenti del proprio nucleo familiare, di diritti di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nel territorio nazionale di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare;
- di essere destinatario di un atto di intimazione di sfratto per morosità con citazione per convalida;
- di essere in una situazione di morosità incolpevole, ossia una situazione di sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo a ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare dovuta ad una delle seguenti cause:

  .perdita del lavoro per licenziamento, escluso quello per giusta causa;

  .accordi aziendali o sindacali con consistente riduzione dell'orario di lavoro;

  .cassa integrazione ordinaria o straordinaria che limiti notevolmente la capacità reddituale;

  .mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici;

  .cessazioni di attività libero-professionali o di imprese registrate alla C.C.I.A.A., derivanti da causa di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente;

  .malattia grave, infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare che abbia comportato o la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche e assistenziali;

  .altre cause individuate dal Comune;

- di essere in possesso di attestazione ISE/ISEE rilasciata in data ..... dalla quale risulta:
  - un valore ISE per l'anno 2015 di euro .....
  - un valore ISEE per l'anno 2015 di euro .....

DICHIARA inoltre

che l'entità della morosità maturata per lo sfratto è pari a euro ..... e relativa al periodo dal ..... al ..... e che nel proprio nucleo familiare vi sono come componenti (barrare la casella che interessa)

O	Uno o più figli minori al momento della pubblicazione del bando
O	Uno o più anziani di età superiore a 70 anni al momento della pubblicazione del bando

REGIONE PUGLIA SEZIONE POLITICHE ABITATIVE Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio

20

O	Soggetti con invalidità documentata almeno al 74% al momento della pubblicazione del bando
O	In carico ai servizi sociali o alle ASL al momento della pubblicazione del bando per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale

Il sottoscritto, tutto ciò premesso,

CHIEDE

l'erogazione del contributo (barrare la lettera che interessa)

a)	fino a un massimo di 8.000,00 euro per sanare la morosità incolpevole, ricorrendo le condizioni di cui all'art. 6- lettera a) dell'avviso pubblico
b)	fino a un massimo di 6.000,00 euro per ristorare la proprietà dei canoni corrispondenti alle mensilità di differimento , ricorrendo le condizioni di cui all'art. 6, lettera b) dell'avviso pubblico
c)	per assicurare il versamento di un deposito cauzionale per stipulare un nuovo contratto di locazione
d)	per assicurare il versamento di un numero di mensilità relative a un nuovo contratto da sottoscrivere a canone concordato fino alla capienza del contributo massimo complessivamente concedibile di 12.000,00 euro.

Allegati alla presente domanda:

- copia della carta di soggiorno/permesso di soggiorno in corso di validità (solo per le domande presentate dai cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea);
- copia del contratto di locazione registrato per l'alloggio ad uso di abitazione principale del nucleo richiedente;
- dichiarazione ISE o ISEE rilasciata secondo quanto disposto dal D.P.C.M. n°159 del 5 dicembre 2013 e D.Dirett. 7 novembre 2014 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- copia del provvedimento di rilascio esecutivo;
- documentazione comprovante il possesso delle condizioni soggettive da parte di almeno un componente il nucleo familiare, possedute al momento della presentazione della domanda:
  - provvedimento di risoluzione definitiva del rapporto di lavoro (licenziamento);
  - documento da cui risulti la riduzione dell'orario di lavoro a seguito di accordi aziendali o sindacali, la concessione della Cassa integrazione guadagni ordinaria (CIGO) o straordinaria (CIGS) o in deroga, il mancato rinnovo di contratto a termine o contratto di lavoro atipico;
  - istanza di cancellazione dell'Impresa dai Registri e dagli Albi della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura competente e documentazione comprovante la cessazione di attività libero-professionali o di imprese registrate derivanti da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente;
  - documentazione comprovante malattia grave, infortunio o decesso di un componente il nucleo familiare che abbia comportato la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche e assistenziali;
- documentazione attestante lo stato di invalidità;
- dichiarazione del proprietario in relazione alla situazione che ricorre (allegato C o allegato D);
- altro .....;

Controlli
Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che il Comune di ..... potrà effettuare controlli a campione per la verifica delle autocertificazioni presentate e, nei casi di rilascio di dichiarazioni false al fine di ottenere indebitamente il beneficio del contributo, decadrà immediatamente dal beneficio concessogli, con obbligo di restituzione della somma percepita e incorrerà nelle sanzioni del codice penale e dalle leggi specifiche in materia.

Pagamento
Il sottoscritto è consapevole del fatto che il contributo è erogabile nei limiti dell'importo massimo di € 12.000,00 così come previsto nell'Avviso Pubblico e dal D.M. 14 maggio 2014.

REGIONE PUGLIA

21

Privacy
Il sottoscritto in qualità di richiedente la concessione di un contributo nazionale per morosità incolpevole per nuclei familiari soggetti a perdita o consistente riduzione della capacità reddituale, dichiara di avere preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili necessari all'istruttoria della propria domanda.
Si allega copia del documento di identità in corso di validità.

Luogo _____ Data _____ Firma _____

(firma leggibile)

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 22 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
I dati personali sono richiesti in base alle disposizioni vigenti ai fini del procedimento relativo al presente avviso e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Ai fini del presente procedimento si informa che il Comune tratterà i dati personali qualificabili, ai sensi dell'art. 4 lett. b), c) e d) del D.lgs. 196/2003, come personali, identificativi e sensibili. Il trattamento dei dati avverrà in adempimento degli obblighi di legge e nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza. Il Comune di..... informa che i dati sensibili raccolti che risultassero "eccedenti" o "non pertinenti" o "non indispensabili" rispetto alle finalità perseguite non verranno utilizzati salvo che per l'eventuale conservazione da effettuarsi a norma di legge.

Finalità del trattamento. La presente raccolta dei dati da parte del Comune di..... persegue finalità istituzionali e riguarda adempimenti di legge o di regolamento. Tale raccolta è finalizzata alla erogazione del contributo statale di cui Decreto Legge 31 agosto 2013 n. 102 convertito con modificazioni dalla legge 28 ottobre 2013 n. 124 – Decreto Ministero infrastrutture e dei trasporti del 14 maggio 2014 – Deliberazione della Giunta Regionale.....

Modalità del trattamento. Il trattamento di tali dati avviene tramite l'inserimento in banche dati autorizzate e l'aggiornamento di archivi cartacei ed informatici. Le informazioni in tal modo raccolte possono essere aggregate, incrociate ed utilizzate cumulativamente.

Obbligo o Facoltà di conferimento: ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettere "b" e "c" si evidenzia che il trattamento dei dati da parte del Comune di... è essenziale per l'adempimento dei procedimenti previsti e che pertanto il mancato conferimento di tali dati potrà comportare la mancata accettazione della domanda di partecipazione all'avviso pubblico.

Comunicazione e diffusione. I dati personali identificativi e sensibili saranno comunicati alla Commissione Territoriale per gli adempimenti connessi all'erogazione del contributo.

Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti ex. Art. 7 D.lgs 196/2003:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
   a) dell'origine dei dati personali;
   b) delle finalità e modalità del trattamento;
   c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
   d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
   e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
   a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
   b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
   c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

REGIONE PUGLIA SEZIONE POLITICHE ABITATIVE Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche e Paesaggio

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
b) al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il titolare del trattamento è il Comune di.....

Il responsabile del trattamento dei dati è il funzionario.....

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE
REGIONE PUGLIA

23

Allegato C)

DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO (lett. a, b, - art. 6 Avviso)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
C.F._____, residente in _____,
Via _____, n. _____, consapevole della responsabilità penale cui può incorrere in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 D.P.R. 445/2000,

PREMESSO

- Che il sottoscritto è proprietario di una unità immobiliare sita in _____, Via_____, n. _____;
- Che l'immobile di cui sopra è stato locato al Sig. _____ con contratto di locazione stipulato in data _____, registrato a _____ il _____, avente decorrenza _____ e scadenza _____;
- Che il conduttore a partire dal mese di _____ si è reso moroso nel pagamento dei canoni di locazione e delle quote accessorie per un importo complessivo di €_____;
- Che il sottoscritto ha attivato la procedura esecutiva di sfratto per morosità, notificando intimazione di sfratto con contestuale citazione per convalida in data _____;
- Che in data _____ si è tenuta l'udienza per la convalida innanzi al Tribunale di _____, Giudice dott. _____ che ha convalidato lo sfratto con data di rilascio al _____;
- Che il Comune di _____ con Determina Dirigenziale ha pubblicato un avviso pubblico per l'accesso al contributo per morosità incolpevole di cui alla Delibera di Giunta Regione Puglia n. ..... del.....;
- Che il Sig. _____ è risultato in possesso dei requisiti per ottenere il suddetto contributo;

Tutto ciò premesso

Il/La sottoscritto/a _____

ricorrendo le condizioni di cui all'articolo 6 –lettera a) dell'avviso pubblico

DICHIARA

-di accettare la somma di €_____(max 8.000 euro) per le morosità accertate e relative al periodo_____, per le quali non avrà più nulla a pretendere;

-di rinunciare formalmente e ritualmente, ai sensi dell'art. 306 c.p.c., agli atti relativi alla procedura di convalida o di esecuzione dello sfratto per morosità a carico del/della sig./sig.ra _____ e di trasmettere al Comune di _____ copia della documentazione relativa.

oppure
ricorrendo le condizioni di cui all'articolo 6 –lettera b) dell'avviso pubblico

DICHIARA

-di consentire il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile e di accettare la somma di €_____(max 6.000 euro) per le mensilità di differimento per il tempo necessario al sig. _____ a trovare un'adeguata soluzione abitativa, e di trasmettere al Comune copia della documentazione relativa

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE
REGIONE PUGLIA

di voler ricevere la somma sopra accettata a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato a _____, c/o _____

CODICE IBAN _____

Lì_____ Firma

Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ... REGIONE PUGLIA
25

Allegato D)

DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO (lett. c, d - art. 6 Avviso)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
C.F._____, residente in _____,
Via _____, n. _____, consapevole della responsabilità penale cui può incorrere in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 D.P.R. 445/2000,

PREMESSO

- che è proprietario della unità immobiliare sita in _____ Via _____, n. _____

-che ha stipulato in data _____con il Sig. / la Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____ Via _____ n._____ un contratto di locazione esclusivamente ad uso abitativo ,a canone concordato(art. 2 comma 3 L. 431/98), dell'immobile sopra indicato, sito in _____, Via _____, n. _____, regolarmente registrato in data _____, avente decorrenza _____ e scadenza _____;

-che l'alloggio non rientra tra le categorie catastali A1, A8 e A9;

-che il canone di locazione annuale per l'alloggio, al netto degli oneri accessori (spese condominiali, commissioni bancarie, bolli e spese di registro) è pari a euro .....;

DICHIARA

-di accettare la somma di €_____(max 12.000 euro) per deposito cauzionale e versamento di un numero di mensilità per la locazione dell'alloggio sopra specificato.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre
di voler ricevere la somma sopra accettata a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato a _____, c/o _____

CODICE IBAN _____

Lì_____ Firma

Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio
SEZIONE POLITICHE ABITATIVE
REGIONE PUGLIA

26

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2016, n. 1736

Approvazione del "Piano di Gestione del sistema di riutilizzo delle acque reflue recuperate" e del "Protocollo d'Intesa" per l'assunzione in gestione e l'avvio all'esercizio dell'impianto di affinamento per il riutilizzo in agricoltura delle acque reflue effluenti l'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Acquaviva delle Fonti (BA).

L'Assessore alle Infrastrutture e Mobilità, con delega alle Risorse Idriche, avv. Giovanni Giannini, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario Istruttore e confermata dal Dirigente del Servizio Sistema Idrico Integrato e dal Dirigente della Sezione Risorse Idriche, riferisce quanto segue:

- il Comune di Acquaviva delle Fonti ha realizzato ed è proprietario di un impianto di affinamento per il riutilizzo in agricoltura delle acque reflue, individuato come un comparto di trattamento terziario, strettamente connesso con l'impianto di depurazione dei reflui urbani a servizio del Comune, allo stato attuale gestito dall'AQP S.p.A., in qualità di gestore del Servizio Idrico Integrato;
- tale impianto è in grado di restituire un refluo trattato adeguato ai limiti previsti dalla norma per la dispersione sul suolo (Tab. 4 dell'Allegato 5 alla Parte III del D.Lgs. n. 152/2006), nonché per il riutilizzo in agricoltura (tabella allegata al D.M. 185/2003);
- l'impianto di affinamento costituisce una sezione dell'impianto di depurazione comprendente le stazioni di filtrazione e debatterizzazione UV, collettore di alimentazione dall'affinamento alla vasca di clorazione e pozzetto di derivazione per l'alimentazione dell'impianto di accumulo e sollevamento alla rete irrigua;
- l'impianto di affinamento ha, da progetto, una capacità massima di trattamento, espressa in termini idraulici, di 300 mc/h (portata di picco);
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 12, comma 2, del D.M. 12.06.2003 n. 185, l'acqua reflua recuperata è conferita dal titolare/gestore dell'impianto di recupero al titolare/gestore della rete di distribuzione, senza oneri a carico di quest'ultimo;
- al fine di recuperare l'intera portata licenziata dal depuratore e di immetterla in una rete di distribuzione ad uso irriguo già presente (gestita dalla Cooperativa *La Molignana, giusta convenzione stipulata in data 17.02.2014)* che utilizza acque emunte da pozzi artesiani, nel 2011 il Comune predispose uno specifico progetto definitivo, ammesso a totale finanziamento regionale con DGR n. 1774 del 2 agosto 2011 nell'ambito del Programma Operativo FESR 2007-2013 — Asse II — Linea di intervento 2.1 - Azione 2.1.2; aggiudicata la gara di appalto in via definitiva nel maggio 2013 e approvato il progetto esecutivo con sostanziali e migliorative varianti nell'ottobre 2014, i lavori eseguiti e poi ultimata in data 4.12.2015, come certificato dal Direttore dei lavori, hanno consentito di integrare e connettere l'impianto e la rete preesistenti con la realizzazione di:
  - impianto di affinamento (filtrazione e debatterizzazione)
  - vasca di raccolta e sollevamento (stazione di pompaggio)
  - vasche di accumulo
  - rete di adduzione alle vasche di accumulo.
- In data 21 aprile 2016 le nuove opere che costituiscono l'impianto di affinamento sono state consegnate dal Comune di Acquaviva delle Fonti, committente e proprietario, all'AQP SpA per la presa in gestione;
- l'AQP S.p.A., ai sensi della Convenzione del SI.I., è il Gestore dell'impianto depurativo dei reflui urbani a servizio dell'agglomerato di Acquaviva delle Fonti, il cui recapito finale è rappresentato dal corpo idrico "Torrente Baronale — Affluente Lama Picone", in linea con quanto previsto dal Piano di Tutela delle Acque;
- con Legge regionale n. 27 del 21 ottobre 2008, concernente modifiche ed integrazioni alla L.R. 6 settembre 1999 n. 28, all'art. 1, è stato annoverato nella gestione del Sevizio Idrico Integrato — costituito dall'insieme dei servizi pubblici di captazione, adduzione e distribuzione di acque ad usi civili, di fognatura e di depurazione delle acque usate, l'affinamento delle acque reflue, laddove necessario a perseguire gli obiettivi di qualità stabiliti dal Piano di Tutela delle Acque;

- il Piano di Tutela delle Acque della Regione Puglia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 121 del D. Lgs. n.152/2006, è stato approvato in via definitiva con deliberazione del Consiglio Regionale n. 230 del 20 ottobre 2009;
- in attuazione alle Linee guida di cui all'Allegato 2 della delibera n. 230 del 20.10.2009, nella parte in cui disciplina gli impianti di riutilizzo delle acque reflue depurate, e ai sensi dell'art. 1 della Legge regionale n. 27/2008, la Regione Puglia ha approvato il Regolamento regionale n. 8 del 18.4.2012 recante "Norme e misure per il riutilizzo delle acque reflue depurate";
- lo stesso citato Piano di Tutela, ai sensi dell'art. 5 del Decreto del Ministro dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare n. 185 del 12 giugno 2003, *"Regolamento recante norme tecniche per il riutilizzo delle acque reflue, in attuazione dell'art. 26, comma 2, del D. Lgs. 11 maggio 1999, n. 15",* ha definito un primo elenco degli impianti di depurazione delle acque reflue urbane da destinare al riutilizzo, già progettati o in fase di realizzazione o già esistenti, tra i quali risulta essere compreso l'impianto del Comune di Acquaviva delle Fonti, e ha stabilito criteri di priorità;
- nell'ambito dell'attività di programmazione P.O. FESR 2007/2013, azione 2.1.2, l'Ufficio Attuazione e Gestione del Servizio Tutela delle Acque della Regione Puglia, ha svolto un'attività ricognitiva sullo stato delle infrastrutture di affinamento esistenti sul territorio regionale e, in esito a detta attività ricognitiva, è emerso che la filiera per il recupero e il riutilizzo dei reflui rivenienti dall'impianto di depurazione di Acquaviva delle Fonti è in condizioni di piena efficienza;
- con deliberazione n. 2637 del 30 novembre 2010, la Giunta ha proceduto alla presa d'atto della ricognizione svolta;
- con riferimento all'impianto di depurazione in parola, il Piano di Tutela delle Acque della Regione Puglia ha previsto il suo inserimento tra quelli per i quali è necessario il perseguimento degli obiettivi di qualità;
- il Servizio regionale Sistema Idrico Integrato ha promosso una serie di incontri e tavoli tecnici con l'Autorità Idrica Pugliese, la Città Metropolitana di Bari, l'ARPA Puglia, il Comune di Acquaviva delle Fonti, nonché con il Gestore del S.I.I., AQP S.p.a., al fine di consentire l'avvio in gestione dell'impianto di affinamento da parte di AQP S.p.a.;
- pertanto, a seguito dei suddetti incontri, è stato predisposto, di concerto tra i partecipanti, il *"Piano di Gestione del sistema di riutilizzo delle acque reflue recuperate"* definito dagli artt. 4 e 5 del R.R. n. 8/2012, quale documento di gestione del singolo sistema atto al recupero delle acque reflue con l'individuazione dei soggetti responsabili della gestione e del controllo delle diverse fasi della filiera (trattamento, accumulo, distribuzione e utilizzo).
- il sistema oggetto del Piano prevede un utilizzo ai fini irrigui ed è stato progettato e realizzato in modo da integrarsi con il preesistente impianto di depurazione del Comune di Acquaviva delle Fonti, attualmente autorizzato provvisoriamente - (180 giorni) con determinazione dirigenziale n. 115 del 22.08.2016, nelle more cioè dell'approvazione del Piano di gestione - all'esercizio dello scarico delle acque reflue urbane depurate effluenti dall'impianto di trattamento a servizio dell'agglomerato di Acquaviva delle Fonti, per una portata massima pari a 6.600 mc/d, ossia una portata media di 275 mc/h ed un carico massimo pari a 30.500 AE, nel Corpo Idrico "Torrente Baronale — Affluente Lama Picone", in località Le Monacelle.
- il Piano di Gestione viene allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, unitamente ai seguenti elaborati: Allegato 1) Programma di riutilizzo della risorsa idrica affinata; Allegato 2) prospetto riassuntivo dei rapporti di prova forniti dal Gestore dell'impianto di affinamento.
- il Piano di Gestione viene ratificato con la sottoscrizione del *"Protocollo d'Intesa"* predisposto di concerto con i Soggetti interessati: Regione Puglia, Autorità Idrica Pugliese, AQP S.p.a., quale gestore dell'impianto di recupero, Comune di Acquaviva delle Fonti, in qualità di gestore della rete di distribuzione, e Città Metropolitana di Bari.
- lo Schema di Protocollo d'Intesa, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, stabilisce regole e modalità di erogazione e utilizzo della risorsa recuperata, in attuazione di quanto previsto nello stesso Piano di Gestione, giusta art. 21 del R.R. n. 8 del 2012.
- il *"Piano di Gestione"* ed lo " *Schema di Protocollo d'Intesa"* vengono qui sottoposti alle determinazioni del-

la Giunta regionale ai fine della loro approvazione e, limitatamente al Protocollo d'Intesa, prima della sua sottoscrizione.

SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA (L.R. N. 28/01 e successive modifiche ed integrazioni)

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

L'Assessore relatore propone alla Giunta regionale l'adozione dei conseguenti atti finali, in quanto rientrano nelle tipologie previste dall'art. 4, comma 4, lett. d) e K) della legge regionale n. 7/97.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Infrastrutture e Mobilità, con delega alle Risorse Idriche;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Servizio Sistema Idrico Integrato e dal Dirigente della Sezione Risorse Idriche, che ne attestano la conformità alla legislazione vigente;

A voti unanimi e palesi, espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- **Di prendere atto** di quanto riportato in premessa e di far propria la proposta dell'Assessore alle Infrastrutture e Mobilità, con delega alle Risorse Idriche;

- **Di approvare** il *"Piano di Gestione del sistema di riutilizzo delle acque reflue recuperate"* effluenti l'impianto di affinamento a servizio dell'agglomerato di Acquaviva delle Fonti, definito dagli artt. 4 e 5 del R.R. n. 8/2012, quale documento di gestione del singolo sistema atto al recupero delle acque reflue con l'individuazione dei soggetti responsabili della gestione e del controllo delle diverse fasi della filiera (trattamento, accumulo, distribuzione e utilizzo), allegato "A" parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, unitamente ai seguenti elaborati: Allegato 1) Programma di riutilizzo della risorsa idrica affinata; Allegato 2) prospetto riassuntivo dei rapporti di prova forniti dal Gestore dell'impianto di affinamento, prodotti tutti anche in formato PDF, ai fini della pubblicazione sul BURP ;

- **Di approvare** lo *"Schema di Protocollo d'intesa"* tra Regione Puglia, Autorità Idrica Pugliese, AQP S.p.a., quale gestore dell'impianto di recupero, Comune di Acquaviva delle Fonti, in qualità di gestore della rete di distribuzione, e Città Metropolitana di Bari, che stabilisce regole e modalità di erogazione e utilizzo della risorsa recuperata, in attuazione di quanto previsto nello stesso Piano di Gestione, giusta art. 21 del R.R. n. 8 del 2012, allegato "B" quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, prodotto anche in formato PDF, ai fini della pubblicazione sul BURP;

- **Di delegare** l'Assessore alle Infrastrutture e Mobilità, con delega alle Risorse Idriche, alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa sulla basa dello schema allegato "B";

- **Di incaricare** la Sezione Risorse Idriche di notificare i presenti atti — allegati "A" e "B" — all'Autorità Idrica Pugliese, all'AQP S.p.a., gestore del S.I.I., al Comune di Acquaviva delle Fonti, all'ARPA Puglia, nonché alla Città Metropolitana di Bari;

- **Di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 13/1994;

- **Di disporre** la pubblicazione del provvedimento stesso sul portale della Regione Puglia, sito internet www.regione.puglia.it, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 15/2008, in materia di trasparenza amministrativa.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

REGIONE PUGLIA
Dipartimento agricoltura, sviluppo rurale e tutela dell'ambiente
Sezione Risorse Idriche

-

Piano di Gestione del sistema di riutilizzo delle acque reflue recuperate

(Regolamento Regionale 18 aprile 2012, n.8)

-

Comune di
Acquaviva delle Fonti (BA)

-

Versione corrente: **DEF** (7)
Aggiornamento del: **26 ottobre 2016**

-

Redazione:
Approvazione:

Il presente documento, composto sugli elaborati A e B, è costituito da n. 83 (ottantatre) pagine.

REGIONE PUGLIA
Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Indice generale

1 Introduzione **4**
1.1 Contenuti e finalità *4*
1.2 Soggetti coinvolti *6*
1.3 Atti e riferimenti normativi *6*
1.4 Sintesi dell'iter amministrativo *8*
1.5 Documentazione tecnico-amministrativa di riferimento *9*
1.6 Gruppo di lavoro *12*
2 Descrizione del sistema **13**
2.1 Inquadramento ambientale *13*
2.1.1 Contesto climatico 13
2.1.2 Contesto geomorfologico e idrografico 16
2.1.3 Contesto idrogeologico 19
2.1.4 Interferenza con aree di rispetto e salvaguardia del PTA 22
2.2 Aspetti agronomici *27*
2.2.1 Tipologia e idroesigenza delle colture locali 27
2.2.2 Pedologia e proprietà idrauliche dei suoli 30
2.2.3 Suscettività all'irrigazione con acque affinate 31
2.2.4 Programma di utilizzo della risorsa idrica 32
2.3 Impianto di affinamento *33*
2.3.1 Ubicazione 33
2.3.2 Layout 33
2.3.3 Caratteristiche tecniche 35
2.3.4 Dimensionamento e parametri operativi 36
2.3.5 Idoneità dell'effluente al riutilizzo 38
2.4 Rete di distribuzione *43*
2.4.1 Layout e sviluppo 43
2.4.2 Fonti di approvvigionamento convenzionali 46
2.4.3 Caratteristiche tecniche 47
2.4.4 Inquadramento catastale 48
2.5 Conto economico *49*
2.5.1 Stima dei costi dell'affinamento 49
2.5.2 Stima dei costi di gestione della rete 51
2.5.3 Stima del costo unitario dell'acqua affinata distribuita 51
2.5.4 Confronto con i costi dell'acqua convenzionale 51
3 Coordinamento dei Soggetti Responsabili **52**
3.1 Contenuti e responsabilità definite dal RR 8/2012 ..... *52*
3.2 Valutazione di conformità della documentazione acquisita *55*
4 Piano di Monitoraggio e Controllo **56**
4.1 Programma di controllo delle acque reflue recuperate *56*
4.1.1 Controlli di conformità 56
4.1.2 Giudizio di conformità 57
4.1.3 Autocontrolli 58
4.1.4 Gestione dei fuori norma 60
4.2 Monitoraggio dell'attività di riutilizzo *61*
4.2.1 Autocontrolli minimi sui parametri chimici e microbiologici delle acque distribuite 61
4.2.2 Verifica degli effetti ambientali del riutilizzo 61

REGIONE PUGLIA Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

4.3 Schema riepilogativo *64*
4.4 Trasmissione delle informazioni *65*
Allegato 1 – Programma di riutilizzo **66**
Allegato 2 – Prospetto rapporti di prova acquisiti **68**

Indice delle illustrazioni

Figura 1 *Inquadramento meteo-climatico del territorio comunale (modificato da T04)* 13
Figura 2 *Diagramma bioclimatico (zona 3) secondo Thornthwaite* 14
Figura 3 *Inquadramento geologico e morfologico del territorio comunale* 17
Figura 4 *Geomorfologia e idrografia del comprensorio irriguo* 18
Figura 5 *Inquadramento idrogeologico del territorio comunale* 21
Figura 6 *Ubicazione del comprensorio rispetto alle zone definite nelle tavole A e B del PTA* 26
Figura 7 *Schema a blocchi della sezione di affinamento* 33
Figura 8 *Layout della rete, ubicazione dei comprensori irrigui e dei pozzi* 45

Indice delle tabelle

Tabella 1: Elenco tavoli tecnici e sopralluoghi svolti 8
Tabella 2: Documenti TECNICI acquisiti per la redazione del Piano di Gestione 9
Tabella 3: Documenti AMMINISTRATIVI acquisiti per la redazione del Piano di Gestione 11
Tabella 4: ID e coordinate dei pozzi idropotabili censiti nel territorio comunale 20
Tabella 5: Inquadramento del sito vs zonizzazioni PTA: informazioni e vincoli derivanti 22
Tabella 6: Ripartizione delle colture nei comprensori interessati dal riuso (modif. da T04) 27
Tabella 7: Idroesigenza delle colture interessate dal riuso (modif. da T04) 28
Tabella 8: Parametri operativi per l'irrigazione delle colture interessate dal riuso 29
Tabella 9: Programma annuale di utilizzo della risorsa idrica su base mensile 32
Tabella 10: Stima volumi d'acqua da fonti tradizionali sollevati e distribuiti nella stagione 2015 32
Tabella 11: Dati di progetto e dimensionamento dei filtri (modif. da T05) 36
Tabella 12: Elenco ditte autorizzate allo scarico e portate annue (modif. da T12) 38
Tabella 13: Valori limite per recapiti al suolo (Tabella 4, All. 5 alla Parte III D.Lgs. 152/2006) 40
Tabella 14: Valori limite all'uscita dell'impianto di recupero (Allegato al DM 185/2003) 41
Tabella 15: Principali caratteristiche delle condotte della rete di distribuzione 48
Tabella 16: Costo dell'affinamento stimato dal Gestore dell'impianto (modificato da T18 e T20) 50
Tabella 17: Informazioni occorrenti per il Piano di Gestione (uso irriguo) e responsabilità 52
Tabella 18: Frequenza minima autocontrolli sui parametri della **Sezione 1** (a carico del GIR) 58
Tabella 19: Frequenza minima autocontrolli sui parametri della **Sezione 2** (a carico del GIR) 58
Tabella 20: Prospetto riassuntivo delle attività del piano di monitoraggio 64

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

1 Introduzione

1.1 Contenuti e finalità

Il presente elaborato costituisce il Piano *di Gestione del sistema di riutilizzo delle acque reflue recuperate* (nel seguito del testo *Piano di Gestione*) definito nel Regolamento Regionale 18 aprile 2012, n. 8 (nel seguito *RR 8/2012*), come *documento di gestione del singolo sistema atto al recupero e riutilizzo delle acque reflue e comprensivo di impianto di affinamento, condutture, vasche di raccolta delle acque affinate, sistema di collettamento e distribuzione delle acque da riutilizzare*.

Il sistema oggetto del presente Piano di Gestione (di seguito **PdG**) prevede un riutilizzo a fini irrigui ed è stato progettato e realizzato in modo da integrarsi con il preesistente impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di **Acquaviva delle Fonti** (BA), agglomerato identificato nel Piano di Tutela delle Acque vigente[1] (**PTA**) con il codice **1607200101** e caratterizzato da un carico generato di **31'012** A.E.T.U.

La potenzialità dell'impianto di depurazione, identificato nel PTA con il codice **1607200101A**, risulta pari a **30'500** A.E. e corrisponde alla *Capacità Organica di Progetto* (*COP*) riscontrata in campo dal Gestore e da questi comunicata all'Autorità Idrica Pugliese[2] nell'aprile 2014.

Il Comune di Acquaviva delle Fonti, in qualità di Proprietario del presidio depurativo, e la società Acquedotto Pugliese S.p.A. (di seguito **AQP**), in qualità di Gestore, risultano essere stati autorizzati per quattro anni, con Determinazione n. 413 del 10 giugno 2010 dalla Provincia di Bari, Servizio *Ambiente e Rifiuti*, all'esercizio dell'impianto[3] ed allo scarico dei relativi reflui nel compluvio naturale della Lama Picone (Corso d'acqua episodico recapitante nel Corpo Idrico Acquifero della Murgia); nel maggio 2013 AQP ha richiesto alla Regione Puglia, ai sensi e per effetto dell'Art. 22 della L.R. 18/2012 e dell'Art. 124 del D.Lgs. 152/2006, il rinnovo dell'autorizzazione allo scarico in corpo idrico superficiale, nel rispetto dei limiti stabiliti dalla Tabella 4, Allegato 5, Parte III, del D.Lgs. 152/2006.

Tra il 2010 e il 2011 l'impianto è stato potenziato con la realizzazione di una vasca di equalizzazione e di un canale ausiliario per lo scarico di emergenza[4].

Al fine di recuperare l'intera portata licenziata dal depuratore e di immetterla in una rete di distribuzione ad uso irriguo già presente (gestita dalla Cooperativa *La Molignana*), che utilizza acque emunte da pozzi artesiani, nel 2011 il Comune ha predisposto uno specifico progetto definitivo[5], ammesso a totale finanziamento regionale con DGR n. 1774 del 2 agosto 2011 nell'ambito del Programma Operativo FESR 2007-2013 – Asse II – Linea di intervento 2.1 - Azione 2.1.2; aggiudicata la gara di appalto in via definitiva nel maggio 2013 e approvato il progetto esecutivo con sostanziali e migliorative varianti nell'ottobre 2014, i lavori eseguiti[6] nel 2015 hanno consentito di integrare e connettere l'impianto e la rete preesistenti con la realizzazione di:

- stazioni di affinamento (filtrazione e debatterizzazione)
- vasca di raccolta e sollevamento (stazione di pompaggio)
- vasche di accumulo

---

[1] *Piano di Tutela delle Acque della Regione Puglia* (Relazione generale, allegati tecnici e cartografia), approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 230 del 20 ottobre 2009

[2] di cui AIP ha preso atto con Determinazione Dirigenziale n. 43 del 10 aprile 2014

[3] per una portata di 5'773,40 m^3/giorno di acque reflue pari a 28'867 A.E.

[4] nell'ambito dell'APQ Tutela delle acque e Gestione Integrata delle Risorse Idriche (DGR n. 1608/2006 - *Interventi concernenti il potenziamento e/o l'adeguamento dei sistemi di depurazione. Approvazione elenco interventi a valere sulla delibera CIPE n. 35/2005 e a valere sulle economie rivenienti dall'APQ sottoscritto in data 11/03/03*)

[5] intervento strutturale "*Riutilizzo a fini irrigui delle acque reflue affinate licenziate dal depuratore a servizio dell'abitato di Acquaviva delle Fonti, previa progettazione esecutiva*" (codice FE2.100032)

[6] consegna lavori il 28 ottobre 2014; completamento certificato il 18 dicembre 2015

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

- rete di adduzione alle vasche di accumulo.

In data 21 aprile 2016 le nuove opere che costituiscono le stazioni di affinamento sono state consegnate dall'Impresa esecutrice al Comune di Acquaviva delle Fonti, committente e proprietario, e da questi ad AQP SpA per la presa in gestione.

Dal momento che l'impianto di Acquaviva delle Fonti è compreso tra quelli per il quali il PTA riconosce nel riutilizzo una *specifica valenza* ai fini del perseguimento degli obiettivi di qualità ambientale (parte integrante del S.I.I.), la redazione del relativo Piano di Gestione è a cura della Regione Puglia, come previsto dall'Art. 4, comma 2, del RR 8/2012, attraverso *apposita Struttura* preposta all'attuazione degli obiettivi e delle misure del PTA, da istituire presso il **Servizio Sistema Idrico Integrato** della **Sezione Risorse Idriche** (Regione Puglia, dipartimento Agricoltura, sviluppo rurale e tutela dell'ambiente).

I contenuti generali del Piano di Gestione sono descritti puntualmente nell'Art. 5, comma 2 del RR 8/2012, cui si rimanda; informazioni e contenuti aggiuntivi, nel caso di riutilizzo a fini irrigui, sono specificati al comma 3 ed al comma 4, mentre il comma 6 specifica i soggetti tenuti alla trasmissione delle informazioni rimandando all'Allegato 7 del RR.

Al fine di facilitarne la lettura, la verifica e l'applicazione, il documento è strutturato in capitoli e paragrafi nei quali sono sintetizzate le informazioni previste dal Regolamento Regionale.

Il sistema di riutilizzo nel suo complesso è sinteticamente descritto nel Capitolo 1 ; nel caso di informazioni tecniche di dettaglio si rimanda comunque alla documentazione tecnico-amministrativa integrale originale, prodotta dalla Regione Puglia (o ad essa fornita dai Soggetti Responsabili) appositamente per la redazione del Piano.

La suddetta documentazione, descritta sinteticamente nel paragrafo 1.5 , costituisce parte integrante del Piano stesso ed è depositata agli atti d'ufficio: ad ogni documento è stato attribuito un identificativo univoco (ID), utilizzato come chiave di riferimento nella check-list proposta nel Capitolo 3 , per la verifica dei contenuti del Piano e delle responsabilità dei Soggetti obbligati alla trasmissione delle informazioni.

Il capitolo 4 costituisce il *Piano di Monitoraggio e Controllo* previsto dall'Art. 5, comma 2, lettera n) del RR 8/2012, redatto dalla Regione Puglia coerentemente con le indicazioni dell'Allegato 4.

Come indicato nell'Art. 21 del RR 8/2012, il Piano di Gestione è ratificato con la redazione di un *Protocollo d'Intesa* da parte della struttura regionale preposta e la sua sottoscrizione da parte di tutti i Soggetti interessati (par. 1.2): Regione Puglia, Soggetto gestore dell'impianto di recupero (di seguito ***SGI***), Soggetto gestore della rete di distribuzione (***SGR***), Comune di Acquaviva delle Fonti, Città Metropolitana di Bari e Autorità Idrica Pugliese (ai sensi dell'Art. 4 comma 2 lettera a) del RR 8/2012.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

1.2 Soggetti coinvolti

Ai fini delle specifiche attribuzioni di responsabilità definite dal R.R. n.8/2012 (Art. 5 e Allegato 7) nella redazione e nell'attuazione del Piano di Gestione del sistema in esame, si precisa che sono coinvolti a diverso titolo i seguenti Soggetti:

- **Regione Puglia**: assicura il coinvolgimento e il coordinamento degli Enti Locali territorialmente competenti, dei Consorzi e delle categorie a vario titolo interessate al riutilizzo; è il soggetto responsabile della redazione del Piano di Gestione (Art. 4 del RR) e del relativo Protocollo di Intesa (Art. 21), per tramite di apposita struttura preposta all'attuazione degli obiettivi e delle misure del PTA, prevista (Art. 24) presso il Servizio *Sistema Idrico Integrato* della Sezione *Risorse Idriche* (Dipartimento *Agricoltura, sviluppo rurale e tutela dell'ambiente*); è altresì responsabile del rilascio dell'autorizzazione allo scarico con specifica finalità di riutilizzo; assicura, infine, la trasmissione al MATTM dei dati conoscitivi e delle informazioni relative all'attuazione del D.M. 185/2003, anche sulla base dei controlli effettuati (Art. 18);
- **Autorità Idrica Pugliese** (***AIP***): Ente di governo d'ambito regionale al quale compete l'esercizio delle funzioni in materia di gestione delle risorse idriche, erede di funzioni e compiti dell'ex *Autorità d'ambito per la gestione del servizio idrico integrato* della Regione Puglia (*ATO Puglia*);
- **Acquedotto Pugliese S.p.A.**: (***SGI***) Soggetto gestore del S.I.I. e dell'impianto di affinamento a servizio dell'agglomerato di Acquaviva delle Fonti, tenuto agli obblighi definiti all'Art. 19 del RR n.8/2012 e nel Protocollo di Intesa;
- **Comune di Acquaviva delle Fonti** (o Soggetto affidatario): Soggetto gestore della rete di distribuzione (***SGD***), tenuto agli obblighi definiti all'Art. 19 del RR n.8/2012 e nel Protocollo di Intesa.

1.3 Atti e riferimenti normativi

Si riporta di seguito un sintetico elenco in ordine cronologico di atti e riferimenti normativi considerati nella redazione del presente Piano di Gestione:

- **30 Settembre 2002**: stipula della *Convenzione per la Gestione del Servizio Idrico Integrato nell'Ambito Territoriale Ottimale Puglia* (di seguito *Convenzione del S.I.I.*) tra AQP S.p.A. e il Commissario Delegato per l'emergenza socio / economica / ambientale in Puglia, , nell'ambito della quale vengono definiti i rapporti inerenti la gestione del S.I.I. dell'ATO Puglia, di cui all'art. 8 della L.R. n. 28/1999 (*Delimitazione degli Ambiti Territoriali Ottimali e disciplina delle forme e dei modi di cooperazione tra gli enti locali*) e s.m.i., con salvezza dell'esercizio dei poteri ordinari in materia da parte della Regione Puglia e dell'Autorità d'Ambito a seguito di sua costituzione;
- **20 dicembre 2002**: istituzione dell'*Autorità d'Ambito*, denominata *ATO Puglia*, avente personalità giuridica di diritto pubblico, mediante sottoscrizione di apposita Convenzione di Cooperazione regolante i rapporti fra Enti Locali dell'Ambito Territoriale Ottimale della Regione;
- **23 luglio 2003**: pubblicazione sulla G.U. n.169 del **D.M. 12 giugno 2003, n. 185**, *Regolamento recante norme tecniche per il riutilizzo delle acque reflue in attuazione dell'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 152;*
- **27 giugno 2008**: costituzione del Consorzio obbligatorio dell'ATO Puglia, come stabilito dall'Art. 1 della L.R. n.8/2007, recante Modifiche ed integrazioni alla L.R. n. 28/1999: "I *Comuni e le Province ricadenti nell'Ambito Territoriale Ottimale per le risorse idriche (ATO), al fine di garantire la gestione unitaria del Sistema Idrico Integrato (SII) secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità e per l'esercizio delle funzioni sopra riportate, costituiscono un Consorzio ai sensi di quanto previsto dall'articolo 31 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267* (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali) *sulla base dello schema di convenzione approvato dalla Regione*";

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

- **Legge Regionale n. 27** del **21 ottobre 2008**, concernente modifiche e integrazioni alla L.R. n.28/1999, con la quale viene incluso l'affinamento delle acque reflue (nel seguito *A.R.*), laddove necessario a perseguire gli obiettivi di qualità stabiliti dal Piano di Tutela delle Acque (PTA), nell'insieme dei servizi pubblici di captazione, adduzione e distribuzione di acque ad usi civili, di fognatura e di depurazione delle acque usate, in gestione del S.I.I.;
- **20 ottobre 2009**: approvazione definitiva, con deliberazione del Consiglio Regionale n. 230, del ***Piano di Tutela delle Acque*** (PTA) della Regione Puglia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 121 del D.Lgs. n.152/2006; nel PTA, ai sensi dell'art. 5 del D.M. n. 185/2003, è definito un primo elenco degli impianti di depurazione delle A.R. urbane da destinare al riutilizzo, già progettati o in fase di realizzazione o già esistenti, tra i quali risulta essere compreso l'impianto del Comune di Castellana Grotte, per i quali sono previste misure prioritarie; l'impianto è inserito, inoltre, tra quelli per i quali è necessario il perseguimento degli obiettivi di qualità, rientrando in *Zona di Protezione Speciale Idrogeologica* di tipo "A" e, pertanto, occorrente di Tutela;
- **27 ottobre 2009**: approvazione, da parte dell'Assemblea dei Sindaci dell'ATO Puglia del *Documento di rimodulazione del Piano d'Ambito* che tra l'altro prevede, in coerenza con il PTA, il programma di recupero e di riutilizzo delle acque reflue; nel documento si stabilisce altresì che con riferimento a tali impianti possa essere assegnata priorità di attivazione a quelli per i quali sussistano motivazioni d'urgenza e condizioni per una tempestiva messa in esercizio e che, una volta accertata la sussistenza delle condizioni per la messa in esercizio, si proceda alla determinazione dei costi necessari alla gestione ai fini della necessaria revisione tariffaria.
- **Legge Regionale n.9** del **30 maggio 2011**: soppressione dell'ATO Puglia e costituzione dell'Autorità Idrica Pugliese (A.I.P.), che eredita funzioni e rapporti giuridici attivi e passivi dell'Autorità d'Ambito Territoriale Ottimale per la gestione del Servizio Idrico Integrato;
- **Regolamento Regionale n. 8** del **18 aprile 2012**: *Norme e misure per il riutilizzo delle acque reflue depurate D.Lgs. n.152/2006, art. 99, comma 2. Legge Regione Puglia n. 27 del 21/2008, art.1, comma 1, lettera b)*, in attuazione alle *Linee guida* regionali di cui alla Delibera n. 230 del 20 ottobre 2009, nella parte che disciplina gli impianti di riutilizzo delle acque reflue depurate

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

1.4 Sintesi dell'iter amministrativo

Si riporta di seguito l'elenco degli incontri ufficiali svoltisi tra i Soggetti Responsabili per la discussione e lo scambio di informazioni finalizzate alla predisposizione del Piano di Gestione e del Protocollo di Intesa ai sensi del R.R. n.8/2012.

Per i dettagli sui contenuti degli incontri, i partecipanti e la documentazione acquisita si rimanda ai verbali agli atti.

Tabella 1: Elenco tavoli tecnici e sopralluoghi svolti

Tipo/data	Luogo	Soggetti Presenti					
		Regione	Comune	ATO/AIP	AQP	Provincia[7]	ARPA
Tavolo tecnico 8 marzo 2010	Regione Puglia - Bari Servizio Tutela delle Acque	X	X	X	X	X	
Tavolo tecnico 11 ottobre 2012	Regione Puglia - Bari Servizio Tutela delle Acque	X	X	X	X		
Tavolo tecnico 19 maggio 2016	Regione Puglia - Bari Sezione Risorse Idriche	X	X	X	X		
Tavolo tecnico 26 luglio 2016	Regione Puglia - Bari Sezione Risorse Idriche	X	X	X	X		X

[7] ora *Città Metropolitana di Bari*

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

1.5 Documentazione tecnico-amministrativa di riferimento

Le informazioni sintetizzate nel presente Piano di Gestione (Capitolo 1) e/o verificate ai sensi dell'Art. 5 del Regolamento Regionale (Capitolo 3) sono desunte dai documenti tecnico-amministrativi prodotti appositamente dai soggetti coinvolti e ufficialmente acquisiti dalla Regione, elencati e descritti nelle seguenti:

- Tabella 2: documentazione tecnica;
- Tabella 3: documentazione amministrativa.

Ad ogni documento è attribuito un identificativo univoco (colonna ***ID***) che è stato utilizzato come riferimento nella check-list per la verifica dei contenuti del Piano (Capitolo 3).

Tutta la documentazione citata è da considerarsi *agli atti* del procedimento; i documenti tecnici sono contrassegnati dall'identificativo ***T***, mentre a quelli di tipo amministrativo è stato attribuito l'identificativo ***A***; tutti i documenti elencati e allegati sono da considerarsi parte integrante del presente Piano di Gestione.

Tabella 2: Documenti TECNICI acquisiti per la redazione del Piano di Gestione

ID	TITOLO e descrizione	TIPO	DATA[8]	AUTORE / FONTE	Pag
T01	**Relazione geologica e idrogeologica** (redatta ai sensi dell'Art.5 c.3 R.R. n.8/2012) a supporto del PdG (redatta ad agosto 2015 e valutata nel doc. **A04**) Prima versione	Relazione tecnica	OTT 2015	Dott. Geol. A .Piscazzi x **Comune Acquaviva delle Fonti**	10
T02	**Relazione tecnica** a supporto del PdG (redatta ad ottobre 2015 e valutata nel doc. **A04**) Prima versione	Relazione tecnica	OTT 2015	Dott. Agr. D. Procino x **Comune Acquaviva delle Fonti**	17
T03	**Relazione geologica e idrogeologica** (redatta ai sensi dell'Art.5 c.3 R.R. n.8/2012) a supporto del PdG (datata 22 ottobre 2015) Versione integrata definitiva (sulla base di A04)	Relazione tecnica	NOV 2015	Dott. Geol. A .Piscazzi x **Comune Acquaviva delle Fonti**	13
T04	**Relazione agronomica** a supporto del PdG (datata 4 ottobre 2015 e valutata nel doc. **A04**) Versione integrata definitiva (T02 modificata sulla base di A04), con 6 tavole allegate	Relazione tecnica + 6 tavole	NOV 2015	Dott. Agr. D. Procino x **Comune Acquaviva delle Fonti**	24
T05	**Atto unico collaudo tecnico-amministrativo** (Relazione, visite e verifiche di Collaudo, certificato di Collaudo); approvato con Determina n.903 del 28 dicembre 2015 (A04) del Servizio Lavori Pubblici e Urbanistica del Comune	Relazione tecnica	NOV 2015	Ing. F.S. Tassielli Collaudatore x **Comune Acquaviva delle Fonti**	48
T06	**Relazione tecnica impianto di affinamento** Allegato **D.2.7** al progetto esecutivo *Riutilizzo a fini irrigui delle acque reflue affinate licenziate dal depuratore a servizio dell'abitato* (maggio 2014)	Relazione tecnica	MAG 2016	Ing. E. Bergamasco x **AQP SpA**	29

[8] acquisizione al Protocollo del Servizio S.I.I. – Sezione Risorse Idriche, della Regione Puglia

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

T07	**Tavola n.4** (V.C) e **n.2** (V.E.) *Particelle pozzi artesiani e canalizzazioni utilizzate dalla coop. La Molignana* **(allegato a T04)**	Tavola	NOV 2015	Dott. Agr. D. Procino x **Comune Acquaviva delle Fonti**	1
T08	**Tavola n.5** (V.C) e **n.3** (V.E.) *Comprensorio irriguo denominato **Santa Croce** attualmente servito da un pozzo artesiano sito in contrada SANTA CROCE fg 34 p.lla 316.* **(allegato a T04)**	Tavola	NOV 2015	Dott. Agr. D. Procino x **Comune Acquaviva delle Fonti**	1
T09	**Tavola n.6** (V.C) e **n.4** (V.E.) *Comprensorio irriguo denominato **Via Vecchia Bari** attualmente servito da un pozzo artesiano sito in contrada VIA V. BARI fg 30 p.lla 466.* **(allegato a T04)**	Tavola	NOV 2015	Dott. Agr. D. Procino x **Comune Acquaviva delle Fonti**	1
T10	**Tavola n.7** (V.C) e **n.5** (V.E.) *Comprensorio irriguo denominato **Borgo** attualmente servito da un pozzo artesiano sito in contrada BORGO fg 43 p.lla 205.* **(allegato a T04)**	Tavola	NOV 2015	Dott. Agr. D. Procino x **Comune Acquaviva delle Fonti**	1
T11	**Tavola n.8** (V.C) e **n.6** (V.E.) *Comprensorio irriguo denominato **Molignana o Filippone** attualmente servito da un pozzo artesiano sito in contrada MOLIGNANA fg 19 p.lla 140.* **(allegato a T04)**	Tavola	NOV 2015	Dott. Agr. D. Procino x **Comune Acquaviva delle Fonti**	1
T12	**Relazione** ad oggetto *Impianto di affinamento di Acquaviva delle Fonti*, contenente informazioni tecniche sull'impianto,ubicazione, layout, caratteristiche del refluo e aziende autorizzate a scaricare in fognatura.	Relazione tecnica	MAG 2016	Ing. G. Vitucci Ing. E. Bergamasco x **AQP SpA**	8
T13	**Relazione** dal titolo *Impianto di affinamento di Acquaviva delle Fonti – Piano Operativo si sicurezza e intervento per la gestione delle emergenze*, contenente informazioni su sistemi di controllo dei fuori-norma, di blocco e procedure di emergenza.	Relazione tecnica	MAG 2016	Ing. G. Vitucci Ing. E. Bergamasco x **AQP SpA**	4
T14	**Rapporti di** prova (in numero di **16**) relativi a campionamenti e analisi effettuati dal gestore dell'impianto nel periodo compreso tra gennaio 2015 e aprile 2016	Rapporti di prova	MAG 2016	Ing. G. Vitucci Ing. M. Baldini x **AQP SpA**	62
T15	**Documento** dal titolo *Protocollo per il rilascio di autorizzazioni allo scarico in fognatura*	Nota esplicativa	GIU 2014	Dott. G. Valentini Ing. M. Baldini x **AQP SpA**	5
T16	**Documento** dal titolo *Relazione concisa per Piano di Gestione*	Relazione tecnica	GIU 2016	Geom. Montrone x **Comune Acquaviva delle Fonti**	2
T17	**File** *Tracciato_georef.dwg* contenente il tracciato della rete georiferito,le caratteristiche dei tronchi e l'ubicazione delle vasche	File .dwg	GIU 2016	Geom. Montrone x **Comune Acquaviva delle Fonti**	1

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente REGIONE PUGLIA SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

T18	**Relazione** dal titolo *Impianto di affinamento di Acquaviva delle Fonti – Relazione costi di gestione affinamento.*	Relazione tecnica	LUG 2016	Ing. M. Baldini Ing. E. Bergamasco x **AQP SpA**	9
T19	**Documento** dal titolo *Trasmissione stima costi di gestione della rete e volume d'acqua giornaliero previsto per ciascuno pozzo*	Relazione tecnica	AGO 2016	Dott. T. Procino S. Coop. La Molignana x **Comune Acquaviva delle Fonti**	4
T20	**Relazione** dal titolo *Impianto di affinamento di Acquaviva delle Fonti – Valutazione annua costi di gestione.*	Relazione tecnica	SETT 2016	Ing. M. Baldini Ing. E. Bergamasco x **AQP SpA**	8

Tabella 3: Documenti AMMINISTRATIVI acquisiti per la redazione del Piano di Gestione

ID	TITOLO e descrizione	AUTORE / FONTE	pag
A01	**Determinazione Dirigenziale n. 413** del **10 giugno 2010** Autorizzazione (durata 4 anni) all'esercizio dell'impianto e allo scarico dei relativi reflui nel compluvio naturale della lama Picone (CISNS recapitante nel Corpo Idrico *Acquifero della Murgia*).	**Provincia** di **Bari** Servizio Ambiente e Rifiuti	4
A02	**Istanza di rinnovo** (maggio **2013**) *dell'autorizzazione allo scarico in corpo idrico superficiale, nel rispetto dei limiti stabiliti dalla Tabella 4, Allegato 5, Parte III, del D.Lgs. 152/2006, ai sensi e per effetto dell'Art. 22 della L.R. 18/2012 e dell'Art. 124 del D.Lgs. 152/2006.*	**AQP SpA**	1
A03	**Convenzione** (sottoscritta il **17 febbraio 2014**) fra il Comune di Acquaviva delle Fonti e la Cooperativa *La Molignana* per la gestione della rete di distribuzione	**Comune** di **Acquaviva delle Fonti** **Coop. *La Molignana***	13
A04	**Nota tecnica** (del **13 ottobre 2015**) ad oggetto: *Valutazione dei nuovi documenti prodotti dal Comune di Acquaviva delle Fonti (ottobre 2015) al fine della predisposizione del Piano di Gestione ai sensi del R.R. n.8/2012*	**Regione puglia** Sezione Risorse Idriche Servizio S.I.I.	4
A05	**Determina n.903** del **28 dicembre 2015** (Prop. n. 986) Approvazione del collaudo tecnico-amministrativo dal quale si evince che i lavori dell'intervento "*Riutilizzo ai fini irrigui delle acque reflue affinate e licenziate dal depuratore a servizio dell'abitato di Acquaviva*" (contratti Rep. n. 5516 del 21/1/14 e n. 5569 del 23/12/15) sono stati regolarmente eseguiti dalla ditta appaltatrice.	**Comune di Acquaviva delle Fonti** Servizio Lavori Pubblici e Urbanistica	6
A06	**Verbale di consegna** del **21aprile 2016** (delle nuove opere che costituiscono l'impianto di affinamento per il riuso ai fini irrigui delle A.R. licenziate dal depuratore di Acquaviva delle Fonti) da parte dell'impresa esecutrice Apulia s.r.l. al Comune (committente e proprietario), e da questi ad AQP SpA, per presa in gestione opere.	**Comune** di **Acquaviva delle Fonti** **AQP SpA** **Apulia srl**	5
A07	**Determinazione Dirigenziale n. 115** del **22 agosto 2016** Rinnovo autorizzazione all'esercizio dello scarico provvisorio delle A.R. depurate dall'impianto di trattamento a servizio dell'agg. di Acquaviva delle Fonti. D.Lgs. n.152/2006 e L.R.n.18/12. Autorizzazione provvisoria allo scarico con finalità di riutilizzo delle A.R. affinate per usi irrigui. DM n. 185/03 e RR n. 8/12.	**Regione puglia** Sezione Risorse Idriche Servizio S.I.I.	14

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela REGIONE PUGLIA SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

1.6 Gruppo di lavoro

La redazione del presente Piano di Gestione è a cura della Regione Puglia, come previsto dall'Art. 4, comma 2, del RR 8/2012, attraverso apposita Struttura istituita presso l'ex *Servizio* Risorse Idriche, ora *Sezione*, preposta alla attuazione degli obiettivi e delle misure del PTA.

Il gruppo di lavoro, operante nella sede regionale di via delle Magnolie a Modugno (BA), è così composto:

- Dott. **Luca Limongelli** – Dirigente Sezione Risorse Idriche (*l.limongelli@regione.puglia.it*)
- Ing. **Andrea Zotti** - Dirigente Servizio S.I.I., Sezione Risorse Idriche (*a.*zotti@regione.puglia.it)
- Avv. **Carmela Capobianco** (*c.capobianco@regione.puglia.it*)
- Ing. **Antonio di Gennaro** (*ant.digennaro@gmail.com*)

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2 Descrizione del sistema

2.1 Inquadramento ambientale

2.1.1 Contesto climatico

Come riportato nella documentazione tecnica fornita dal Gestore della Rete (doc. T04) e illustrato in Figura 1, il territorio comunale di Acquaviva delle Fonti ricade quasi interamente all'interno di una delle aree climatiche omogenee (la n. **3**) definita in uno dei più diffusi e autorevoli studi di zonizzazione climatica regionale[9], peraltro condiviso da ARPA Puglia[10].

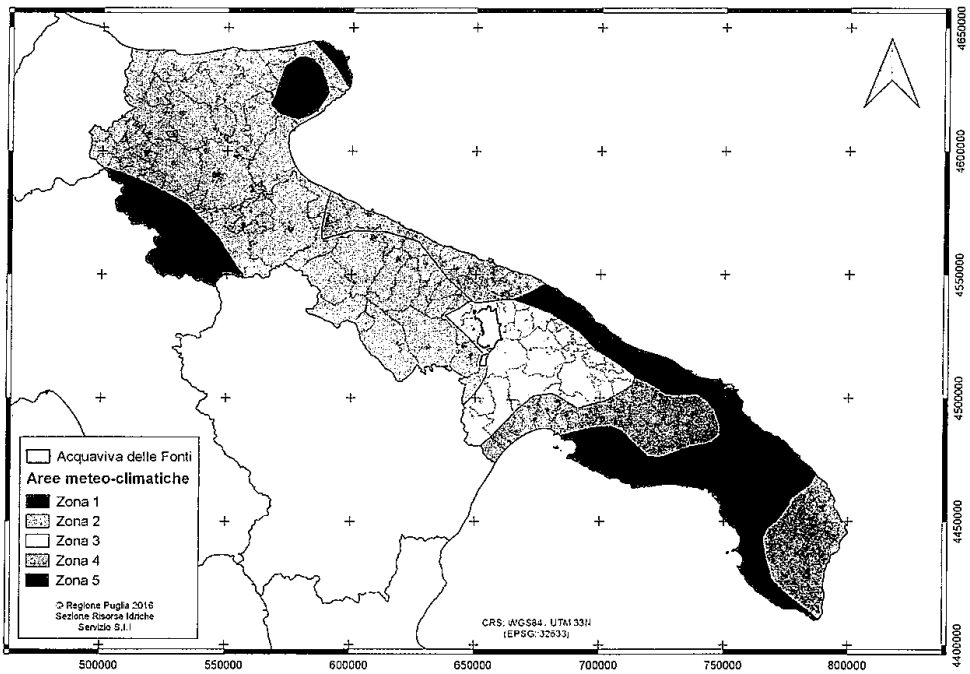


Figura 1 *Inquadramento meteo-climatico del territorio comunale (modificato da T04)*

Sulla base dell'elaborazione dei dati di 52 stazioni meteo distribuite sull'intero territorio regionale, è possibile suddividere la Puglia n. 5 aree climatiche omogenee, sebbene molto varie in relazione alle discontinuità topografiche e alle caratteristiche orografiche e geografiche, cui corrispondono ben definiti tipi di vegetazione:

- **Zona 1**: compresa tra le isoterme (medie di gennaio-febbraio) di 7° e 11°C, comprende i rilievi montuosi del Pre-Appenino Dauno, denominati Monti della Daunia, e l'altopiano del Promontorio Garganico, da 600 a oltre 800 m di quota;
- **Zona 2**: compresa tra le isoterme 11°-14°C, occupa un esteso territorio che dalle Murge prosegue sino al Tavoliere e si chiude a sud della fascia costiera adriatica presso

[9] Macchia F., Cavallaro V., Forte L., Terzi M. **Vegetazione e clima della Puglia**. In : Marchiori S. (ed.), De Castro F. (ed.), Myrta A. (ed.). *La cooperazione italo-albanese per la valorizzazione della biodiversità*. Bari : CIHEAM, 2000. p. 33-49 (Cahiers Options Méditerranéennes; n . 53)

[10] ARPA Puglia. *Zonizzazione del territorio regionale della Puglia ai sensi del D.Lgs. 155/2010*, approvata con Deliberazione della Giunta Regionale N. 2979 DEL 29 dicembre 2011

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Lesina;

- **Zona 3**: caratterizzata da isoterme di gennaio/febbraio comprese tra 14°C e 16 °C, individua un ben definito distretto nelle Murge di SE corrispondente ai territori dei comuni di Turi, Castellana, Locorotondo, Martina Franca, Ceglie Messapico, Mottola, Castellaneta, Santeramo in Colle e **Acquaviva delle Fonti**;
- **Zona 4**: compresa tra le isoterme invernali di 16°C e 18°C, occupa due distinti territori della Puglia: un primo, costituito dall'ampio anfiteatro di Bari, che dalla costa si apre a ventaglio nell'entroterra salendo dolcemente di quota sino ad oltre 200 m, dominato dalle isoterme 16°C e 17°C, ed un secondo nell'estremo meridionale corrispondente all'incirca ai rilievi collinari delle Serre Salentine e dominato dall'isoterma 18°C;
- **Zona 5**: definita dall'isoterma di gennaio/febbraio di 19°C, attenuata solo in corrispondenza delle Serre Salentine a sud e dalle Murge di SE a nord; in corrispondenza dei primi rilievi murgiani quest'area climatica prosegue verso NW dividendosi in due strette fasce litoranee di cui quella adriatica degrada termicamente sino a portarsi su valori di 17 °C in corrispondenza della pianura di Bari.

La **piovosità** più elevata, in media compresa tra 900 e 970 mm/anno, si riscontra nel Gargano con punte fino a 1100 mm sulla Foresta Umbra, mentre quella più bassa, intorno ai 500 mm, si registra nel Tavoliere e lungo la costa ionica in provincia di Taranto; valori dell'ordine di 800 mm si riscontrano nelle zone di Maglie ed Otranto, sui monti della Daunia e sulle zone medio basse del Gargano. Nelle rimanenti zone della regione la piovosità media varia tra 500 e 650 mm/anno, con valore medio annuo ponderato sull'intero territorio regionale di **625 mm**., a fronte di una **evapotraspirazione** media annua di 978 mm, variabile da un minimo di 780 mm della parte più alta del Gargano e dei monti della Daunia, a circa 1100 mm della zona centrale del tavoliere foggiano e di alcune località della costa ionica tarantina e salentina. L'evapotraspirazione potenziale dall'inizio di giugno fino a tutto agosto presenta valori medi giornalieri superiori ai 4 mm, mantenendosi generalmente superiore ai 2 mm per tutto il semestre aprile-settembre, i suoi valori massimi sono raggiunti durante la terza decade di luglio, quando varia tra 5 e 6 mm/giorno.

Il ***Deficit Idrico Climatico*** (DIC) annuo, ricavato per sommatoria delle differenze mensili tra evapotraspirazione e piovosità e mediato sull'intera regione risulta pari a 582 mm, variabile tra minimi di 0 mm delle zone più alte del Gargano e dei monti della Daunia a valori massimi di 600 m del tavoliere foggiano e della costa ionica tarantina; per la zona di interesse può essere considerato rappresentativo il diagramma di Thornthwaite riportato in Figura 2.

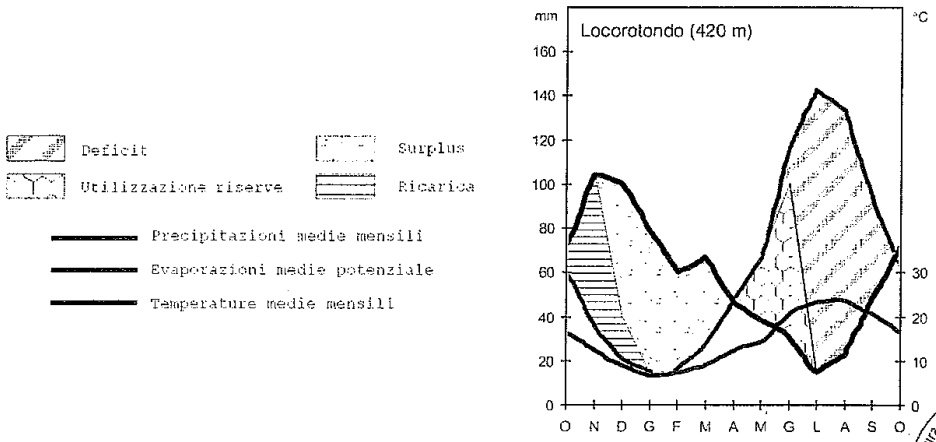


Figura 2 *Diagramma bioclimatico (zona 3) secondo Thornthwaite*

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela Amb. REGIONE PUGLIA SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

I venti dominanti sono lo scirocco e la tramontana, la cui velocità media annua è dell'ordine di 4-5 m/s (un vento sostenuto in presenza di elevate temperature accelera ulteriormente le perdite di acqua da parte della pianta per traspirazione incrementando le richieste idriche).

Nello specifico del Comune di Acquaviva delle Fonti, il mese che statisticamente risulta più piovoso è novembre, mentre le precipitazioni sono minime tra giugno e agosto; il mese più caldo è luglio, il più freddo è gennaio. Di seguito si riportano i dati climatici più significativi (**T04**):

- T media annua = **16 °C**;
- T media massima = **19. °C**;
- T media minima = **8.7 °C**;
- Precipitazioni annue: comprese tra 600 mm e 700 mm;
- Giorni di pioggia: circa 70 giorni/anno;
- Evapotraspirazione media annua: compresa tra 950 mm e 1000 mm;
- Deficit Idrico Climatico: compreso tra 350 mm e 400 mm;
- Giorni in cui il terreno è arido: tra 95 e105 giorni/anno.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.1.2 Contesto geomorfologico e idrografico

Le caratteristiche geomorfologiche e idrografiche del contesto in cui è inserito l'intervento sono descritte estesamente nel documento **T03**, sintetizzate nel presente paragrafo e illustrate in Figura 3 (a pag. 17) e in Figura 4 (a pag. 18).

Il territorio comunale di Acquaviva delle Fonti, situato su uno dei gradoni più elevati dell'altopiano carsico murgiano, nella parte meridionale della provincia di Bari, si estende prevalentemente in direzione N-S, su quote comprese tra i 210 m s.l.m. della sua porzione settentrionale e i 360 m s.l.m. di quella meridionale.

La parte meridionale alto-murgiana è separata da quella meridionale pede-murgiana da una scarpata morfo-strutturale situata circa 2 km a sud dell'abitato che, con direzione WNW-ESE, taglia in due blocchi la piattaforma carbonatica, facendo variare bruscamente le quote del piano campagna, da circa 350 m s.l.m a 320 m s.l.m.

Come si evince dalla figura, la rete di distribuzione oggetto del presente Piano di Gestione si sviluppa interamente nella porzione pede-murgiana, meno interessata da fenomeni carsici e caratterizzata da rilevanti affioramenti di depositi sabbiosi calcarenitici e argillosi di età Plio-pleistocenica; le quote delle condotte seguono la morfologia naturale, digradante verso Nord con pendenze dell'ordine dell'1.5%, variando da un massimo di 270-280 m s.l.m. nella zona centro-orientale del territorio comunale (zona Industriale) ai 235-236 m s.l.m. della parte settentrionale (parco Dalla Chiesa).

I solchi erosivi di natura carsica localmente chiamati *Lame* costituiscono elementi morfologici di rilievo che, intaccano il substrato roccioso carbonatico, provocano repentine variazioni di pendenza normalmente ai propri assi; formatesi in aree dove la roccia calcarea presentava scadenti qualità fisiche (discontinuità primarie e secondarie), per infiltrazione di acque in grado di indurre fenomeni locali di dissoluzione e crollo, con formazione di avvallamenti.

Le condotte irrigue attraversano la più importante delle lame locali, denominata *Lama Picone*, nella porzione centro-orientale del territorio comunale, nel punto di coordinate X = 656405 m, Y = 4530050 m nel S.R. WGS84 / UTM 33N (EPSG::32633).

Un ulteriore attraversamento di una lama da parte del tracciato delle condotte è situato nella parte nord del comprensorio, ubicato alle coordinate X = 656413 m, Y = 4532020 m.

Le lame che si sviluppano nella porzione settentrionale del territorio comunale rappresentano vie preferenziali di raccolta e deflusso delle acque di precipitazione meteorica, sebbene per periodi brevissimi; il ruscellamento si verifica finché le acque non permeano nel sottosuolo attraverso l'intenso sistema di fratture e discontinuità (porosità secondaria) presenti nel substrato roccioso, con velocità di assorbimento variabile in funzione delle caratteristiche granulometriche dei materiali eluviali presenti sul fondo delle lame, derivanti dalla continua azione combinata operata dalle acque stesse (di disgregazione meccanica e al contempo di dissoluzione chimica).

Nel complesso, nel territorio interessato dal sistema di distribuzione non si evidenziano zone di instabilità in atto e/o potenziali, né si rilevano particolari fenomeni di natura esogena che potrebbero, nel tempo, apportare modifiche sostanziali ed instabilità al territorio.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

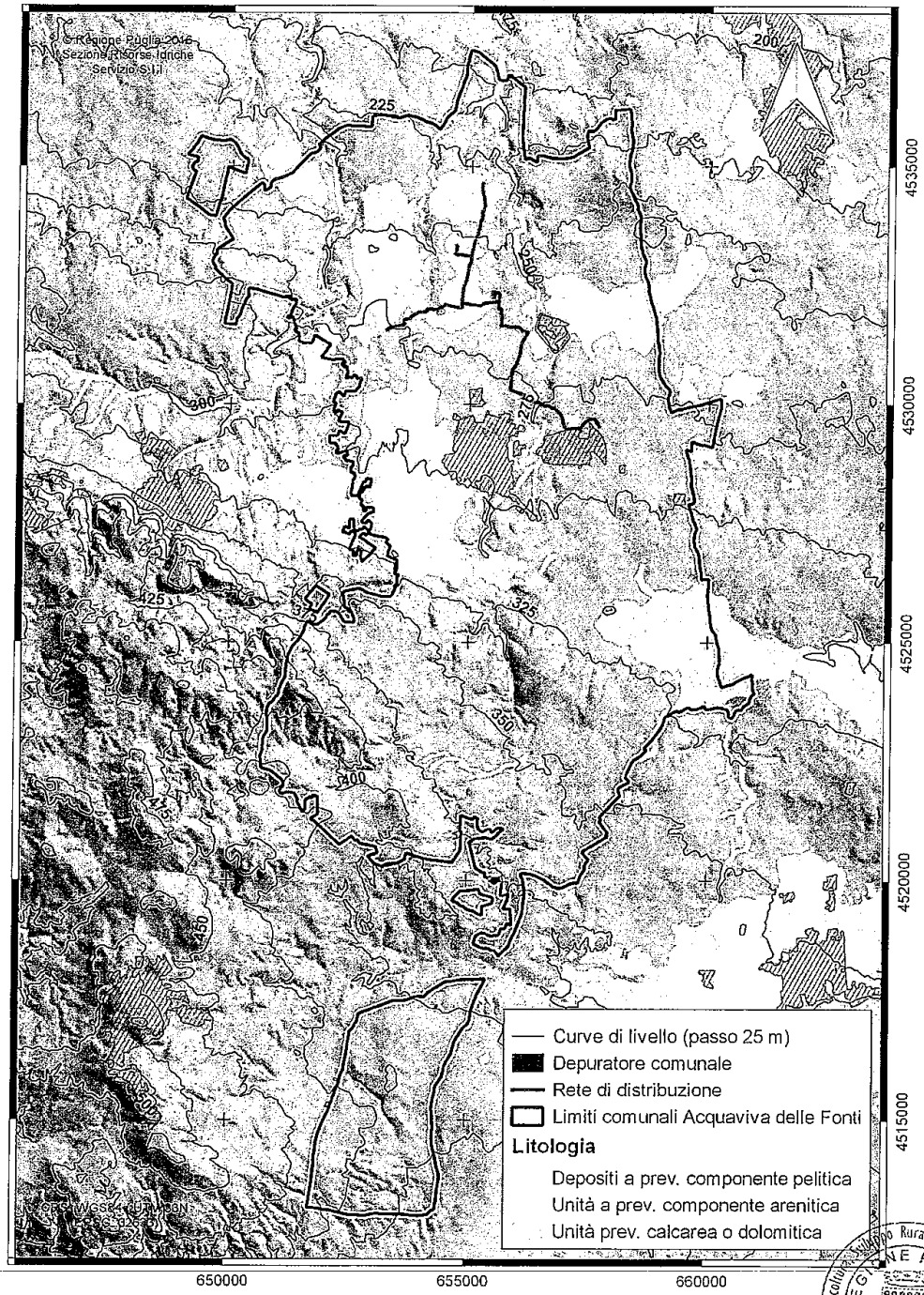


Figura 3 *Inquadramento geologico e morfologico del territorio comunale*

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

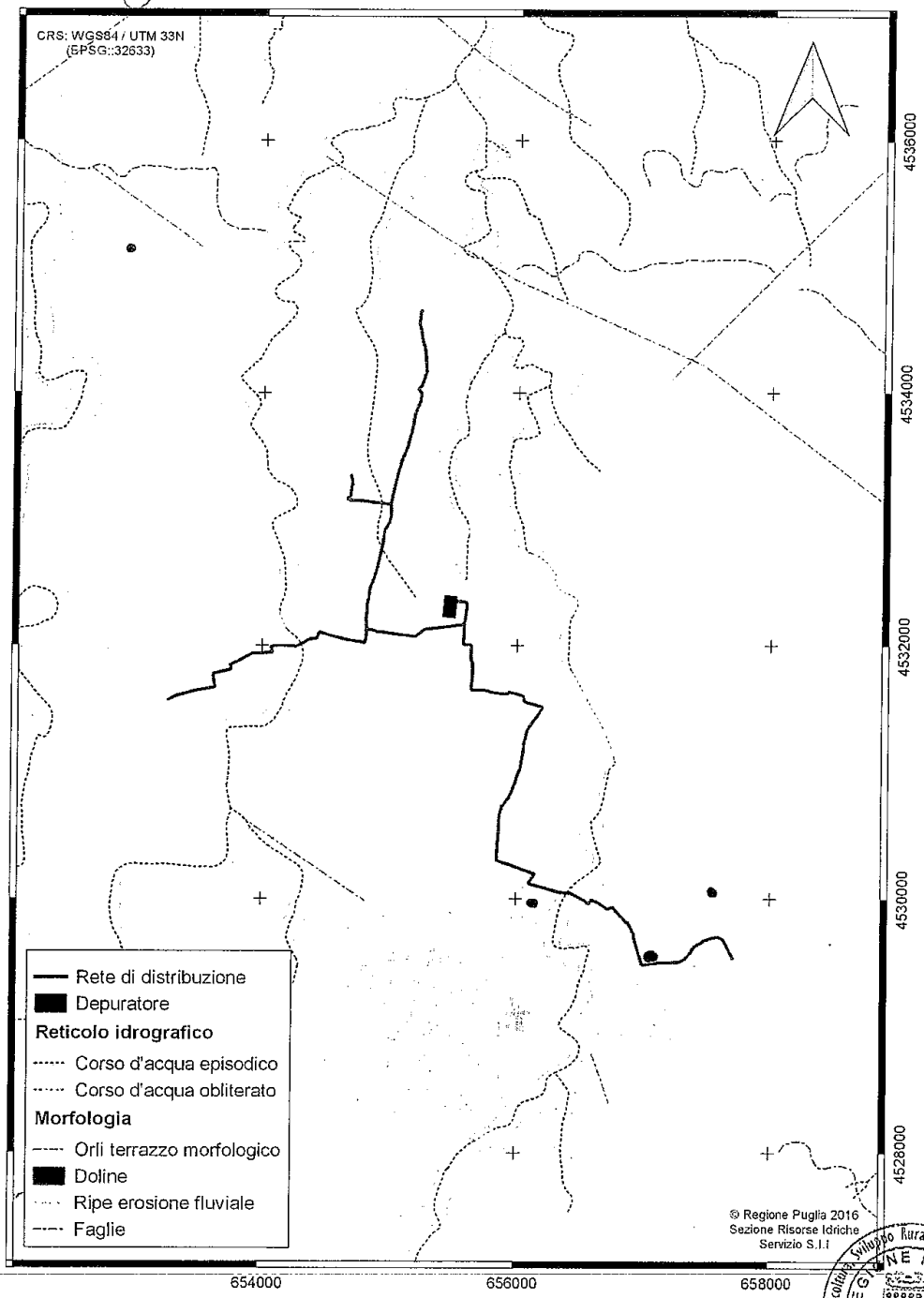


Figura 4 *Geomorfologia e idrografia del comprensorio irriguo*

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.1.3 Contesto idrogeologico

Le caratteristiche idrogeologiche del contesto in cui è inserito l'intervento sono descritte estesamente nel documento **T03** e sintetizzate nel presente paragrafo.

Il paesaggio carsico predominante nel territorio di Acquaviva è caratterizzato da un reticolo idrografico effimero (cfr. paragrafo recedente), con ruscellamenti limitati ai brevi periodi delle piogge più intense e concentrati lungo i solchi erosivi (lame) che intagliano i calcari; la quota di tali acque di ruscellamento che non evapora viene rapidamente assorbita e va ad alimentare la falda profonda o superficiale.

Nel territorio comunale risultano compresenti:

- un acquifero carbonatico profondo;
- falde superficiali ospitate dai depositi sabbiosi quaternari.

La presenza e la consistenza delle falde superficiali è estremamente variabile nel territorio comunale, così come le caratteristiche geometriche e tessiturali dei depositi sabbiosi che le ospitano; come evidenziato in **T03**:

- si riscontra la presenza di acquiferi sabbiosi nel centro storico di Acquaviva, nelle zone occidentali e sud-occidentali dell'abitato e nelle campagne limitrofe (sempre a SW);
- *il tracciato delle condotte irrigue non interesserà terreni sedi di falda idrica superficiale; pertanto il volume significativo di terreno non è interessato da pressioni interstiziali che possano influire sul comportamento meccanico dello stesso.*

In Figura 5 è rappresentata l'estensione areale dell'acquifero superficiale di Acquaviva come riportata in T03 (e desunta dallo studio geologico allegato al PRG comunale).

Gli acquiferi carsici murgiani, sedi di cospicue falde idriche profonde, risultano nel territorio di Acquaviva in pressione e con soggiacenze dell'ordine di **oltre 200 m.**

Le analisi chimico-fisiche effettuate indicano una buona qualità, carica batterica praticamente trascurabile e con valori di salinità compresi tra 0.4 g/l e 0.5 g/l, coerenti con le indicazioni desumibili dalla specifica cartografia[11] allegata al PTA (cfr. Figura 5); in base alla facies idrochimica, le acque sotterranee dell'acquifero carbonatico locale possono essere classificate come *bicarbonato-alcalino-terrose*.

Le caratteristiche idrodinamiche (trasmissività e conducibilità idraulica) dell'acquifero profondo non sono costanti lungo la successione stratigrafica, in quanto fortemente condizionate dall'alternanza, a profondità variabili, di rocce più compatte di natura dolomitica (classificabili come *acquitardi*) con rocce fratturate e carnificate, di natura prevalentemente calcarea (classificabili come veri e propri acquiferi); nel complesso, porosità e permeabilità decrescono con la profondità.

Come desumibile dalla specifica tavola[12] del PTA della Regione Puglia (cfr. Figura 5), in corrispondenza della zona di interesse la direzione di deflusso prevalente della falda profonda è presumibilmente **da SSE a NNW** (verso la costa), con carichi piezometrici superiori ai 50 m s.l.m. e gradienti idraulici stimabili **inferiori all'1%.**

Sulla base delle suddette informazioni si può stimare, in corrispondenza dell'area interessata dal riutilizzo, una soggiacenza media non inferiore a 200 m; come riportato dal Gestore della Rete (in T03, pag. 9), elaborazioni di dati ottenuti da prove di portata su pozzi indicano dei valori (di conducibilità idraulica) dell'ordine di 10^{-4} - 10^{-5} m/s per la zona insatura.

All'interno del territorio comunale, nella sua porzione SW, risultano presenti 6 pozzi profondi utilizzati per scopi idropotabili; l'ubicazione dei pozzi è rappresentata in Figura 5 e le relative coordinate (nel S.R. WGS84 / UTM 33N) sono riportate nella seguente tabella.

[11] TAV **9.1.1** del PTA della Regione Puglia - *Distribuzione del contenuto salino delle acque circolanti negli acquiferi carsici della Murgia e del Salento*

[12] TAV **6.2** del PTA della Regione Puglia - *Distribuzione media dei carichi piezometrici degli acquiferi carsici della Murgia e del Salento*

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Tabella 4: ID e coordinate dei pozzi idropotabili censiti nel territorio comunale

ID	CODICE P.T.A.	X [m]	Y [m]
A	01-1_00-00	652898	4524829
B	01-2_00-00	652269	4523331
C	05-13_00-00	650752	4514342
D	09-21_00-00	653999	4526132
E	09-22_00-00	653972	4526252
F	09-23_00-00	654052	4526026

Come riportato dal Gestore della Rete in T03, *i pozzi elencati non interferiscono con la distribuzione territoriale delle reti di distribuzione delle acque*.

Nell'ipotesi di considerare attendibile la direzione di deflusso ipotizzabile sulla base del PTA (direzione da SSW a NNW) si rileva che **tutti i pozzi risultano ubicati almeno 4 km a monte idrogeologico del comprensorio irriguo oggetto del presente Piano di Gestione**.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2 – Descrizione del sistema

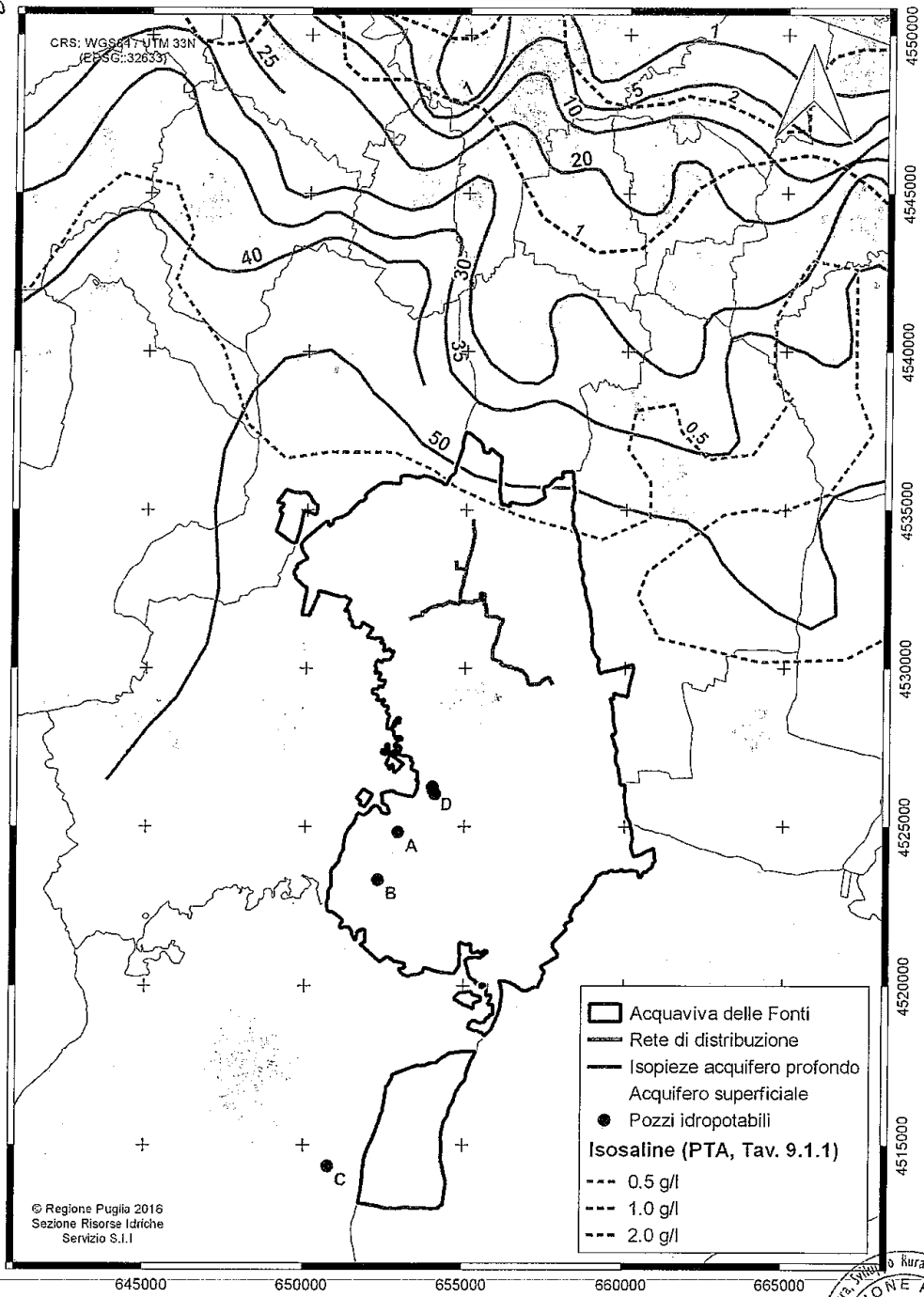


Figura 5 *Inquadramento idrogeologico del territorio comunale*

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.1.4 Interferenza con aree di rispetto e salvaguardia del PTA

Come previsto dall'Art. 5 (comma 3, lettera e) del Regolamento Regionale 8/2012, il Soggetto Responsabile della rete di distribuzione ha verificato (in T03) l'eventuale sovrapposizione delle aree di intervento con le aree di rispetto e di salvaguardia previste dal PTA del 2009.

Dalla sintesi degli esiti della suddetta verifica (limitata agli allegati tecnici attinenti per argomento e scala di rappresentazione), si evincono le informazioni riportate nella tabella che segue; sono enfatizzati eventuali vincoli e/o informazioni rilevanti ai fini del presente Piano di Gestione.

Tabella 5: Inquadramento del sito vs zonizzazioni PTA: informazioni e vincoli derivanti

ID	Titolo/descrizione	Informazioni derivanti, eventuali vincoli
Tav. A	Zone di protezione speciale idrogeologica	Il comprensorio irriguo servito dalla rete di distribuzione ricade parzialmente all'interno della ***Zona di protezione speciale idrogeologica"B"*** (cfr. Figura 6 a pag. 26)
Tav. B	Aree di vincolo d'uso degli acquiferi	Il sito (impianto e comprensorio irriguo servito dalla rete di distribuzione) è interamente compreso nell'area ***Acquifero della Murgia*** e completamente al di fuori delle ***Aree vulnerabili da contaminazione salina*** e delle ***Aree di tutela quali-quantitativa*** (cfr. Figura 6 a pag. 26)
Tav. 1.4	Bacini idrografici e relativa codifica	Altri bacini regionali con immissione in mare (R16-104)
Tav. 4.1.1	Ubicazione dei recapiti finali degli impianti di depurazione delle acque reflue urbane - situazione attuale (2002)	Tipologia di recapito finale: sottosuolo (SS) Abitanti equivalenti: compresi tra 15k e 50 k
Tav. 4.1.2	Ubicazione dei recapiti finali degli impianti di depurazione delle acque reflue urbane - scenario futuro	Tipologia di recapito finale: **suolo (S)** Abitanti equivalenti: compresi **tra 15k** e **50 k**
Tav. 4.2	Insediamenti con presenza di rete fognante	Nel territorio comunale risultano sia insediamenti con rete fognante sia privi
Tav. 4.3.1	Stima dei carichi potenziali annui nei bacini idrografici (BOD)	Territorio caratterizzato da valori di **BOD** annui compresi tra **24000** e **50000 kg/km^2**
Tav. 4.3.2	Stima dei carichi potenziali annui nei bacini idrografici (Azoto)	Territorio caratterizzato da valori di **Azoto** annui compresi tra **4501** e **7000 kg/km^2**
Tav. 4.3.3	Stima dei carichi potenziali annui nei bacini idrografici (Fosforo)	Territorio caratterizzato da valori di **Fosforo** annui compresi tra **1201** e **1500 kg/km^2**
Tav. 4.4.1	Stima dei surplus medi annui di azoto di origine agricola	Prevalenza di valori annui compresi tra **77.5** e **86 kg/ha** (presenza di aree con valori compresi tra **0** e **86 kg/ha**)
Tav. 4.4.2	Stima dei surplus medi annui di fosforo di origine agricola	Prevalenza di valori annui compresi tra **9** e **26 kg/ha**

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2 – Descrizione del sistema

ID	Titolo/descrizione	Informazioni derivanti, eventuali vincoli
Tav. 4.5.1	Stima delle concentrazioni potenziali, medie annue, di **N** di origine agricola, delle acque di infiltrazione e di scorrimento superficiale	Valori variabili tra **5** e **50 mg/l**
Tav. 4.5.2	Stima delle concentrazioni potenziali, medie annue, di **P** di origine agricola, delle acque di infiltrazione e di scorrimento superficiale	Valori variabili tra **0** e **3 mg/l**
Tav. 4.6.1	Stima dei carichi potenziali medi annui, di **N** di origine agricola, veicolati dalle acque di scorrimento superficiale	Prevalenza di valori annui compresi tra **0** e **1500 kg/km^2**
Tav. 4.6.2	Stima dei carichi potenziali medi annui, di **P** di origine agricola, veicolati dalle acque di scorrimento superficiale	Prevalenza di valori annui compresi tra **0** e **150 kg/km^2**
Tav. 4.7.1	Stima dei carichi potenziali medi annui, di **N** di origine agricola, veicolati dalle acque di infiltrazione	Valori variabili tra **0** e **5000 kg/km^2**
Tav. 4.7.2	Stima dei carichi potenziali medi annui, di **P** di origine agricola, veicolati dalle acque di infiltrazione	Valori variabili tra **0** e **510 kg/km^2**
Tav. 6.1.A	Campi di esistenza dei corpi idrici sotterranei	Sito compreso nell'area indicata come **Acquifero della Murgia (acquiferi carsici e fessurati)**
Tav. 6.2	Distribuzione media dei carichi piezometrici degli acquiferi carsici della Murgia e del Salento	Isopieze > **50 m s.l.m.**
Tav. 6.4	Ubicazione dei punti acqua censiti	Presenza nella porzione SW del territorio comunale di pozzi AQP (uso potabile)
Tav. 7.1	Distribuzione della precipitazione media annua nel periodo 1985-2000	Valori annui compresi tra **500** e **600 mm**
Tav. 7.2	Distribuzione della ricarica media annua nel periodo 1985-2000	Valori annui compresi tra **0** e **200 mm**
Tav. 7.3	Distribuzione del deflusso medio annuo nel periodo 1985-2000	Valori annui variabili tra **0** e **100 mm**
Tav. 7.4	Distribuzione del fabbisogno irriguo medio annuo	Valori annui compresi tra **0** e **50 mm**; occasionale presenza di zone con valori fino a **500 mm**
Tav. 8.1	Vulnerabilità intrinseca degli acquiferi carsici con fattore "p" (unità idrogeologiche Gargano, Murge e Salento)	Zonizzazione vulnerabilità integrata con fattore Pluviometrico (Metodo COP modificato_AE COST 620): **vulnerabilità** da **molto bassa** a **alta**
Tav. 8.2	Vulnerabilità intrinseca degli acquiferi carsici - analisi comparata con i caratteri del territorio e comprensori estrattivi	Zonizzazione indice di protezione acquiferi carsici (Metodo COP modificato_AE COST 620): **indice di protezione** variabile da **basso** a **molto alto**

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

ID	Titolo/descrizione	Informazioni derivanti, eventuali vincoli
Tav. 8.3	Vulnerabilità degli acquiferi carsici integrata dalla zonizzazione della densità dei punti di prelievo della falda	Zonizzazione indice di protezione acquiferi carsici integrata da densità punti prelievo: **densità pozzi** non leggibile
Tav. 8.4	Vulnerabilità degli acquiferi carsici con fattore "p" - analisi comparata con le aree di prevalente ricarica (bilancio idrologico)	Vulnerabilità alta con presenza di isolinee di ricarica 150 e 200 mm/anno
Tav. 9.1.1	Distribuzione del contenuto salino delle acque circolanti negli acquiferi carsici della Murgia e del Salento	Valori del **contenuto salino** medio delle acque di falda **< 0.7 g/l** sia da dati 1999/2002 sia da studi variante PRGA 1989
Tav. 9.2.1	Distribuzione dei nitrati nelle acque di falda circolanti negli acquiferi carsici del Gargano, della Murgia e del Salento	Non sembrano presenti rilevazioni ARPA. Da rilievo Enti Pubblici risulta punto a concentrazione nitrati compresa tra **10 e 25 (mg/l)**
Tav. 9.2.2	Concentrazione dei nitrati nelle acque estratte dagli acquiferi carsici della Murgia e del Salento utilizzate a scopo potabile	Da dati relativi al Pozzo Acquaviva 1 risulta concentrazione nitrati stabile su valori di **16-17 mg/l**
Tav. 9.4	Rete di monitoraggio delle acque sotterranee	Nel territorio comunale risulta presenza di stazione termopluviometrica SIM e una stazione di monitoraggio piezometrico
Tav. 9.5	Distribuzione delle opere di captazione censite presso gli uffici del Genio Civile	L'area ricade in zona con **meno di 10 pozzi/km^2** censiti dagli uffici del Genio Civile
Tav. 14.2	Stato ambientale dei corpi idrici sotterranei significativi	L'area ricade in zona definita **Acquifero della Murgia Sud; stato attuale (2009)** qualitativo: **2**; quantitativo: **C**
Tav. 14.3	Sintesi delle misure	L'area è compresa nell'area dell'**Acquifero carsico della Murgia**, per il quale sono previste misure di tipo M1, M2 e M3

Dal confronto con gli elaborati del PTA emerge che **buona parte del comprensorio irriguo servito dalla rete di distribuzione del sistema in esame ricade all'interno della *Zona di Protezione speciale Idrogeologica (ZPSI) di tipo* "B"** definita nel Capitolo 9 (*Sintesi dei programmi di misure adottati e indicazioni sulle misure da adottare*)[13],del documento di programmazione regionale (e rappresentata nella *Tavola A - Aree di vincolo d'uso degli acquiferi* ad esso allegata).

Le zone di protezione speciale idrogeologica (di tipo **A**, **B**, **C** e **D**), caratterizzate dalla coesistenza di specifiche condizioni morfostrutturali, idrogeologiche, di vulnerabilità, di ricarica degli acquiferi e delimitate sulla base dei risultati delle attività di studio condotte per il PTA del 2009, risultano meritevoli di tutela e/o necessitanti, a vario grado, di azioni di tutela e salvaguardia.

Per le aree di tipo **B** e, in particolare, per quelle ubicate geograficamente a Sud e a SSE dell'abitato di Bari (sottoclasse **B1**), devono essere assicurati *la difesa e la ricostituzione degli equilibri idraulici e idrogeologici, di deflusso e di ricarica.*

A tal fine il PTA impone nelle suddette aree il **divieto generale** di

- realizzazione di opere che comportino la modificazione del regime naturale delle acque (infiltrazione e deflusso), fatte salve le opere necessarie alla difesa del suolo e alla

[13] *A partire da pag. 227 della Relazione Generale del PTA del 2009*

REGIONE PUGLIA Dipart. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

sicurezza delle popolazioni;

- spandimento di fanghi e compost;
- cambiamenti dell'uso del suolo, fatta eccezione per l'attivazione di opportuni programmi di riconversione verso metodi di coltivazione biologica o applicando criteri selettivi di buona pratica agricola (M.2.4).

All'interno delle aree di tipo B1, le seguenti attività sono possibili ma necessitano del **parere vincolante** dell'ex Ufficio di Tutela delle Acque, ora Sezione Risorse Idriche, della Regione Puglia:

- captazione, adduzioni idriche, derivazioni, nuovi depuratori;
- apertura di impianti per allevamenti intensivi ed impianti di stoccaggio agricolo, così come definiti dalla normativa vigente nazionale e comunitaria.

Si sottolinea che nessuna delle attività correlate alla realizzazione e gestione del sistema di riutilizzo oggetto del presente Piano di Gestione è in contrasto con i vincoli imposti dal PTA sulle aree B1.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente REGIONE PUGLIA SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

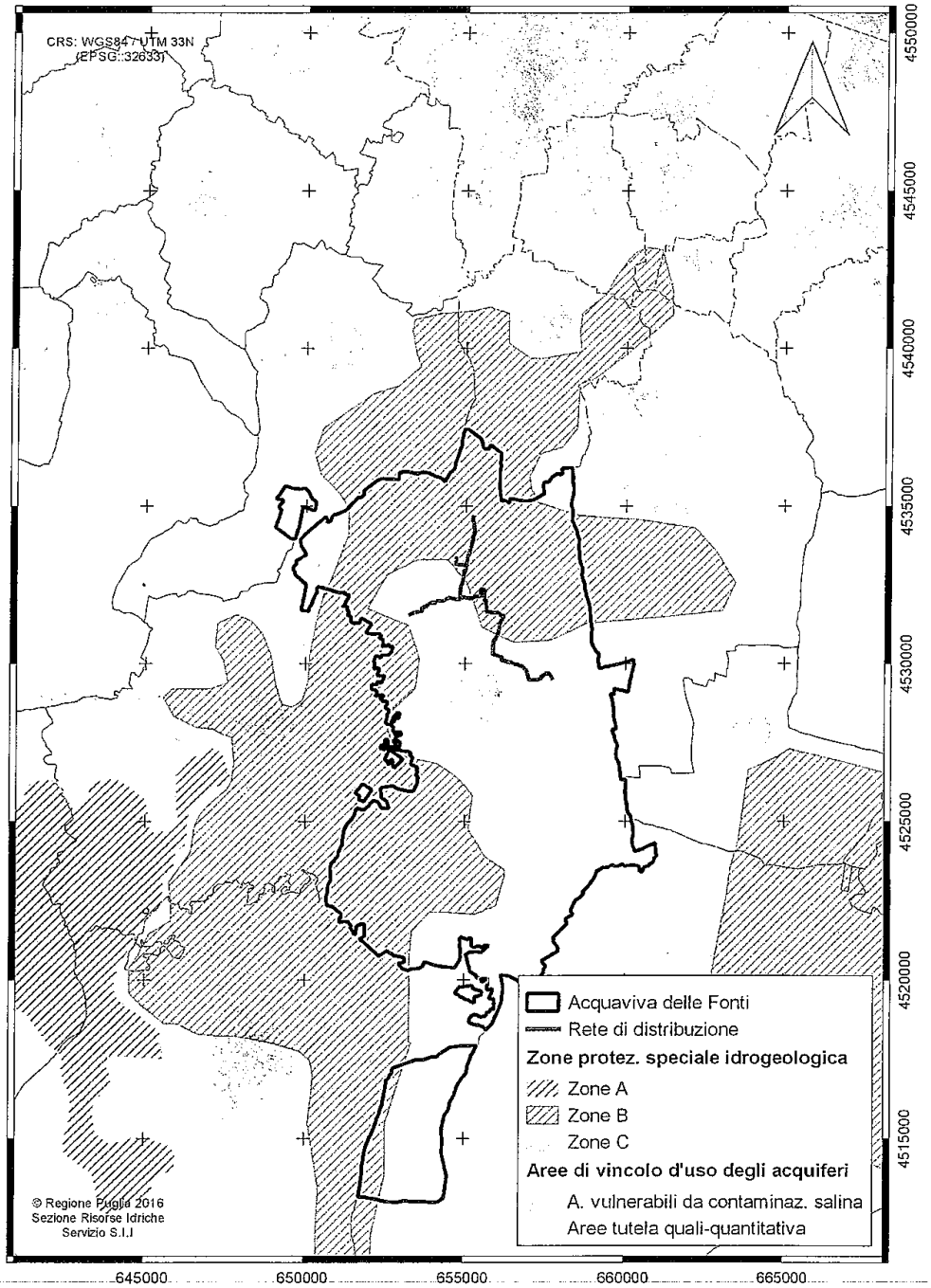


Figura 6 *Ubicazione del comprensorio rispetto alle zone definite nelle tavole A e B del PTA*

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.2 Aspetti agronomici

2.2.1 Tipologia e idroesigenza delle colture locali

La Cooperativa *La Molignana*, convenzionata con il Comune di Acquaviva delle Fonti per la gestione della rete di distribuzione, gestisce attualmente 11 (undici) distinti comprensori irrigui, per una superficie complessiva di circa **440 ha**, coltivati prevalentemente a **vigneto**, sia da tavola sia da vino (circa il 48.5%), **oliveto** (28.5%) e **ciliegeto** (12%); la ripartizione dettagliata delle colture è riportata nella sottostante tabella.

Tabella 6: Ripartizione delle colture nei comprensori interessati dal riuso (modif. da T04)

n.	Coltura	%	Superficie in m² 2015 (A)	n.	Coltura	%	Superficie in m² 2015 (B)	(B/A)100 =	Goccia o zampillo
1	Vigneto tavola	30,03%	1.321.613	1	Vigneto tavola	52,29%	850.118	64,32%	Microportata
2	Oliveto	28,50%	1.254.197	2	Oliveto	22,72%	369.435	29,46%	Microportata
3	Vigneto vino	18,54%	816.115	3	Vigneto vino	11,25%	182.953	22,42%	Microportata
4	Ciliegeto	12,13%	533.737	4	Ciliegeto	12,14%	197.345	36,97%	Microportata
5	Percocheto	4,17%	183.571	5	Percocheto	0,72%	11.718	6,38%	Microportata
6	Suolo a riposo	1,63%	71.542	6	Suolo a riposo	0,20%	3.187	4,45%	Microportata
7	Mandorleto	1,57%	69.124	7	Mandorleto	0,00%	0	0,00%	Microportata
8	Albicoccheto	1,43%	63.028	8	Albicoccheto	0,40%	6.555	10,40%	Microportata
9	Meleto	1,17%	51.453	9	Meleto	0,00%	0	0,00%	Microportata
10	Ortaggi-Fiori	0,83%	36.621	10	Fiori	0,28%	4.488	12,26%	Microportata
TOTALE mq		100,00%	4.401.001	TOTALE mq		100,00%	1.625.799	36,94%	Microportata
TOTALE Ha			440.10.01	TOTALE Ha			162.57.99		Microportata

Degli undici comprensori irrigui, **quattro** risultano interessati dal progetto di riutilizzo dell'acqua affinata proveniente dal depuratore di Acquaviva delle Fonti, per un totale di circa **162 ha** su 440; come si evince dalla Tabella 6, dei 162 ha da irrigare con acque reflue affinate:

- circa **85 ha** sono coltivati a **uva da tavola** (**52%** del totale);
- circa **37 ha** sono coltivati a **ulivo** (**23%** del totale);
- circa **18 ha** sono coltivati a **uva da vino** (**11%** del totale);
- circa **20 ha** sono coltivati a **ciliegio** (**12%** del totale).

Le esigenze idriche delle varie colture e fabbisogni mensili che ne derivano, calcolati sulle superfici irrigate nette, sono riportati in Tabella 7.

L'acqua emunta dai pozzi artesiani (elencati e descritti nel par. 2.4.2) viene direttamente immessa nelle canalizzazioni, interrate a circa 50 cm di profondità (realizzate tra la fine degli anni '80 e gli anni '90), ed è spinta direttamente nelle parcelle irrigue. Le canalizzazioni sono costituite da tubi in PVC PN 10 con un diametro esterno variabile da 125 mm a 110 mm; i tratti terminali possono essere costituiti da tubature in PVC PN 6 o PN 4, attraverso i quali l'acqua giunge alle ali gocciolanti ed ai gocciolatori.

La modalità con cui l'acqua viene somministrata alle colture è fondamentalmente *a microportata di erogazione* e le tipologie di impianti presenti sul territorio risultano di due differenti tipologie: a zampillo e a goccia.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rur. REGIONE PUGLIA SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Tabella 7: Idroesigenza delle colture interessate dal riuso (modif. da T04)

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Cavolo (mm/ha)			0,00	0,00	30,00	45,00	30,00	15,00	0,00	0,00
Superficie irrigata (ha)	36,94	33,25	0,00	0,00	33,25	33,25	33,25	33,25	0,00	0,00
Fabbisogno totale (m3)			0,00	0,00	9.975,00	14.962,50	9.975,00	4.987,50	0,00	0,00
Vigneto vivai (mm/ha)			0,00	21,00	75,00	144,00	105,00	75,00	10,00	0,00
Superficie irrigata (ha)	85,01	76,51	0,00	76,51	76,51	76,51	76,51	76,51	76,51	0,00
Fabbisogno totale (m3)			0,00	16.067,10	57.382,50	110.174,40	80.335,50	57.382,50	7.651,00	0,00
Vigneto vino (mm/ha)			0,00	20,00	60,00	84,00	36,00	0,00	0,00	0,00
Superficie irrigata (ha)	18,30	16,47	0,00	16,47	16,47	16,47	16,47	0,00	0,00	0,00
Fabbisogno totale (m3)			0,00	3.294,00	9.882,00	13.834,80	5.929,20	0,00	0,00	0,00
Cimegio (mm/ha)			0,00	55,00	80,00	70,00	45,00	0,00	0,00	0,00
Superficie irrigata (ha)	19,73	17,76	0,00	17,76	17,76	17,76	17,76	0,00	0,00	0,00
Fabbisogno totale (m3)			0,00	9.768,00	14.208,00	12.432,00	7.992,00	0,00	0,00	0,00
Pesco (mm/ha)			0,00	43,00	75,00	105,00	90,00	57,00	0,00	0,00
Superficie irrigata (ha)	1,17	1,05	0,00	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	0,00	0,00
Fabbisogno totale (m3)			0,00	451,50	787,50	1.102,50	945,00	598,50	0,00	0,00
Fiori (mm/ha)			0,00	40,00	70,00	135,00	120,00	60,00	30,00	45,00
Superficie irrigata (ha)	0,45	0,40	0,00	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40
Fabbisogno totale (m3)			0,00	160,00	280,00	540,00	480,00	240,00	120,00	180,00
Albicocco (mm/ha)			0,00	43,00	75,00	96,00	36,00	0,00	0,00	0,00
Superficie irrigata (ha)	0,66	0,59	0,00	0,59	0,59	0,59	0,59	0,00	0,00	0,00
Fabbisogno totale (m3)			0,00	253,70	442,50	566,40	212,40	0,00	0,00	0,00
Fabbisogno totale del comprensorio irriguo (m3)			0,00	29.994,30	92.957,50	153.612,60	105.869,10	63.208,50	7.771,00	180,00
Superficie totale irrigata (ha)			0,00	112,78	146,03	146,03	146,03	111,21	76,91	0,40

La tipologia di erogazione *a zampillo* è generalmente utilizzata per impianti più piccoli e prevede da due a quattro erogatori (zampilli) per pianta, con una portata compresa tra 60 l/h e 120 l/h, montati su tubi in polietilene PN 4 con un diametro tra 16 e 32 mm; si tratta di un sistema intermedio tra l'irrigazione a pioggia e quella a goccia. Lo svantaggio di questo tipo di irrigazione è che lungo l'ala erogante si assiste a una perdita di carico che è proporzionale alla lunghezza della stessa.

Il sistema *a goccia* è utilizzato per impianti più grandi, sull'uva da tavola e sugli ortaggi: prevede da 3 a 4 gocciolatori per pianta, con una portata variabile tra 4 l/h e 20 l/h, montati su tubi in polietilene PN 4 con diametro da 16 mm.

Entrambe le tipologie di impianto sono caratterizzate da una pressione di esercizio molto bassa (tra 0.5 atm e 2 atm) e da un efficienza di irrigazione molto alta, che nel caso dell'irrigazione a goccia in condizioni standard può arrivare al 95%: l'irrigazione a goccia prevede turni ravvicinati in modo da distribuire bassi volumi, minimizzando così le perdite per percolazione e quelle per evaporazione. L'apporto idrico da assicurare alle colture del comprensorio interessato dal riutilizzo varia dai 200 ai 500 m^3/ha per adacquata, con turni irrigui di circa 15 giorni, come risulta in Tabella 8.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Tabella 8: Parametri operativi per l'irrigazione delle colture interessate dal riuso

Specie	Impianto di irrigazione	Sesto d'impianto	Piante/ha	Acqua distribuita o adacquata in mc/ha	Turno irriguo in gg	Numero di adacquate	mc/ha anno
Olivo	Microportata	7x7 6x6; 5 x 5	200-400	240	10-20	5	1200
Ciliegio	Microportata	5x4 5x5	400-500	300	10-20	8	2400
Pesco	Microportata	6x3 5x4	400-550	350	10-20	10	3500
Albicocco	Microportata	5x4 5x5	400-500	300	10-20	8	2400
Vite da vino	Microportata	2,5x2,5 - 2x2	1600-2500	400	10-20	5	2000
Vite da tavola	Microportata	2,5x2,5 - 2x2	1600-2500	500	10-20	9	4500
Fiori	Microportata	0,5x2,00	10000	300	10-20	16	4800

L'irrigazione a pioggia non è prevista e non sarà consentita, in particolare per i vegetali destinati all'alimentazione umana ed animale. In condizioni di alte temperature e bassa umidità, inoltre, quando è favorita l'evapotraspirazione, è sconsigliato l'utilizzo dell'irrigazione a pioggia con acque contenenti alte concentrazioni di sodio e cloruri, al fine di non arrecare danni alle foglie.

I parametri utilizzati per la determinazione del volume di adacquamento, quali, il momento d'intervento, la stagione irrigua, il numero di adacquate, il turno irriguo, la durata dell'irrigazione e il volume d'irrigazione **sono da intendersi come variabili** e condizionati sia dalle condizioni ambientali sai da fattori agronomici e varietali.

Le caratteristiche della specie, della cultivar, del portainnesto e le tecniche agronomiche possono aumentare le perdite idriche, (inerbimento) o ridurle (sarchiature). Anche nell'ambito della stessa specie i volumi d'adacquamento possono variare in base alla cultivar: cultivar a maturazione precoce, ad esempio, hanno un fabbisogno irriguo più basso rispetto a cultivar a maturazione tardiva. Gli apporti idrometeorici, infine, riducono i fabbisogni irrigui, mentre le alte temperature e il forte vento afoso di scirocco possono incrementare notevolmente la traspirazione ed aumentare le esigenze idriche rispetto a quanto inizialmente previsto.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.2.2 Pedologia e proprietà idrauliche dei suoli

Come riportato nella documentazione tecnica fornita dal Gestore della Rete (doc. **T04**), il territorio del Comune di Acquaviva delle Fonti può essere suddiviso da un punto di vista pedologico in quattro distinte zone, caratterizzate da marcate differenze di tessitura (con particolare riferimento allo scheletro) dei suoli e da differenti utilizzi.

1. La **prima zona**, costituita da un'area di compluvio tra Acquaviva e Cassano delle Murge (contrada *Piano, Renzo, Monteschiavo* e altre) estesa per circa 600 ha, è caratterizzata da suoli alluvionali a granulometria variabile, con prevalenza sabbiosa (50%) e buona dotazione di argilla (20%) e limo (30%), privi di scheletro, classificabili come *franco sabbiosi*. L'altezza stratigrafica di questi suoli è compresa tra 70 e 150 cm; di conseguenza, lo strato ove si localizza la maggior parte dell'apparato radicale delle specie vegetali non supera il metro (in quanto gli strati sottostanti sono calcarei). In questi terreni sono da sempre coltivati la cipolla rossa, il vigneto da vino allevato a tendone e gli ortaggi principalmente finalizzati al consumo famigliare. In quest'area è presente una falda sospesa (cfr. Figura 5 a pag. 21) con soggiacenze massima di ca 15 m (che dà il nome alla Città). I terreni della prima zona **NON rientrano** nei comprensori irrigui interessati dal riutilizzo.
2. La **seconda zona**, costituita da un'area alluvionale in *contrada Monte* e nelle zone limitrofe è caratterizzata da suoli con tessitura a prevalente componente argillosa (fino al 42%), frazioni limosa e sabbiosa in percentuali equivalenti e assenza di scheletro. Si tratta di terreni sufficientemente dotati di fosforo e potassio, scarsamente dotati in azoto e sostanza organica, leggermente calcarei e con un pH sub-alcalino che determina una immobilizzazione dei fosfati, del ferro e di alcuni microelementi. Tali terreni sono coltivati a frutteto e vigneto e **rientrano nel comprensorio interessato dal riutilizzo** delle acque reflue affinate.
3. La **terza zona** è caratterizzata da un suolo autoctono originatosi da processi degradativi della roccia madre sottostante;, povero, arido, poco profondo, eroso e con un'altezza stratigrafica massima di mezzo metro. La roccia madre, calcarea e spesso emergente, determina una sensibile riduzione della superficie agricola coltivabile, nonché notevoli problemi di natura agronomica. La bassa profondità e la presenza della roccia madre emergente limitano lo strato radicabile e l'immagazzinamento di acqua, e in estate possono favorire un deficit idrico protratto e di conseguenza l'erosione operata dal vento. L'affioramento della roccia madre aumenta all'aumentare della pendenza che espone maggiormente il suolo all'erosione del vento e dall'acqua. In estate, tali suoli danno origine a crosta superficiale con spaccature longitudinali (crepacciatura) che favoriscono la perdita di acqua per risalita capillare. Su questi terreni si coltiva prevalentemente l'olivo e il mandorlo.
4. La **quarta zona** pedologica è presente a macchia di leopardo sul territorio comunale, si è originata dalla rottura meccanica del friabile substrato roccioso ad opera dell'uomo, che ha aumentato fortemente la superficie coltivabile ottenendo suoli con un profilo coltivabile di circa 50-70 cm. Questi terreni risultano, sufficientemente dotati di fosforo e potassio, scarsamente dotati in azoto e sostanza organica; risultano leggermente calcarei con un pH sub-alcalino e conseguente immobilizzazione dei fosfati, del ferro e di alcuni microelementi. La presenza di scheletro può raggiungere anche il 50% del peso del campione: se da un lato questo offre un drenaggio naturale al terreno riducendo durante le stagioni piovose il rischio di ristagni idrici, dall'altro condiziona negativamente la capacità idrica di campo. Ll'analisi della tessitura di tali terreni, sui quali sono coltivati vigneti e frutteti, evidenzia una prevalenza argillosa (40% del peso), sebbene la presenza di materiale grossolano determini un comportamento simile ai terreni franco sabbiosi.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.2.3 Suscettività all'irrigazione con acque affinate

L'analisi della suscettività del terreno e/o delle colture interessate dall'irrigazione con acque affinate, prevista al punto 4, comma ***f***, dell'Art. 5 del RR 8/2012, è affrontata dal GRD presentando in **T04** una estesa rassegna di dati e limiti di accettabilità (sui parametri SAR, EC, Cloro) da letteratura, diversi e/o aggiuntivi rispetto a quanto previsto dal RR (Giardini, 1993) ma, di fatto, rimandando una valutazione sito-specifica agli esiti del monitoraggio dei possibili effetti agronomici delle acque reflue, come già previsto dal programma di monitoraggio di cui al par. 4.2

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.2.4 Programma di utilizzo della risorsa idrica

Il programma di utilizzo della risorsa idrica destinata ai comprensori irrigui interessati al riuso, proposto dal Gestore della Rete per la prima stagione irrigua ed espresso su base mensile, è riportato nella seguente Tabella 9 (**T04**, novembre 2015); stimato nell'ipotesi di totale assenza di precipitazioni e sulla base dell'idroesigenza delle colture (cfr. par. 2.2.1), prevede in via cautelativa, limitatamente al primo anno di esercizio del sistema, l'utilizzo di pari volumi di acqua affinata e acqua di pozzo.

Tabella 9: Programma annuale di utilizzo della risorsa idrica su base mensile

Mese	Volume di A.R. affinata		Volume di acqua grezza		V_{TOT} [m^3 / mese]
	V_{Mens} [m^3 / mese]	V_{Giorn} [m^3 / giorno]	V_{Mens} [m^3 / mese]	V_{Giorn} [m^3 / giorno]	
MAGGIO	**14'997**	484	**14'997**	484	**29'994**
GIUGNO	**47'077**	1569	**47'077**	1569	**94'154**
LUGLIO	**77'572**	2502	**77'572**	2502	**155'144**
AGOSTO	**53'222**	1717	**53'222**	1717	**106'444**
SETTEMBRE	**31'604**	1053	**31'604**	1053	**63'208**
TOTALE	**224'472**		**224'472**		**448'944**

Il volume stagionale e la portata di esercizio potranno variare in funzione dello specifico andamento meteo-climatico stagionale; posto che il programma ipotizzato è basato sull'ipotesi conservativa di assenza completa di precipitazioni piovose, i volumi indicati sono dunque da considerarsi volumi massimi; in ogni caso, nel mese più oneroso (luglio) di un'eventuale estate completamente asciutta si può ipotizzare una portata di esercizio massima inferiore a 30 l/s.

Nell'ipotesi (opposta) di estati così piovose da compensare il deficit idrico del sistema suolo-pianta, la portata di esercizio e il volume stagionale devono considerarsi pari a zero.

A titolo di esempio si riporta di seguito, in Tabella 10, la ripartizione dei volumi di acqua (da fonti tradizionali) effettivamente utilizzati nella stagione 2015 nei quattro comprensori irrigui interessati dal riutilizzo (cfr. par. 2.4.1), stimata sulla base dei consumi energetici per il sollevamento comunicati informalmente del Gestore della Rete (ottobre 2016).

Tabella 10: Stima volumi d'acqua da fonti tradizionali sollevati e distribuiti nella stagione 2015

Comprensorio	PORTATA SOLLEVATA					
	Mensile [m^3 / mese]					Stagionale [m^3 / st. irr.]
	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	
Pozzo Borgo	**2'100**	**15'350**	**37'200**	**27'250**	**11'400**	**93'350**
Pozzo via Bari	**0**	**12'450**	**30'000**	**6'850**	**4'600**	**53'900**
Pozzo Molignana	**1'650**	**14'100**	**36'700**	**13'900**	**6'650**	**73'000**
Pozzo S. Croce	**3'750**	**1'550**	**6'050**	**2'850**	**1'250**	**15'450**
TOTALE	**7'500**	**43'450**	**109'950**	**50'850**	**23'900**	**235'650**

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.3 Impianto di affinamento

2.3.1 Ubicazione

L'impianto di affinamento del sistema di riutilizzo oggetto del presente Piano costituisce una sezione di trattamento terziario interna all'impianto di depurazione di Acquaviva delle Fonti, ubicato a nord dell'abitato, in località *San Pietro* (centroide di coordinate X = 655460 m, Y = 4532300 m nel S.R. WGS84/UTM33 (EPSG:32633)).

2.3.2 Layout

Il progetto di *Riutilizzo ai fini irrigui della acque reflue affinate, licenziate dal depuratore a servizio dell'abitato di Acquaviva delle Fonti*, ha previsto la realizzazione e l'inserimento della nuova linea di affinamento fra il pozzetto di uscita dell'esistente comparto di chiariflocculazione, a valle della sedimentazione secondaria, e quello di ingresso del comparto di clorazione, con funzionamento interamente a gravità.

L'impianto di affinamento è composto dalla seguente filiera di trattamento (schematizzata nel diagramma a blocchi di Figura 7):

- Filtrazione su tela, mediante l'utilizzo di dischi multipli montati su un albero cavo
- Debatterizzazione a raggi U.V. in canale

I fanghi prodotti dall'impianto di affinamento vengono inviati per il trattamento specifico nella linea fanghi dell'impianto di depurazione reflui urbani.

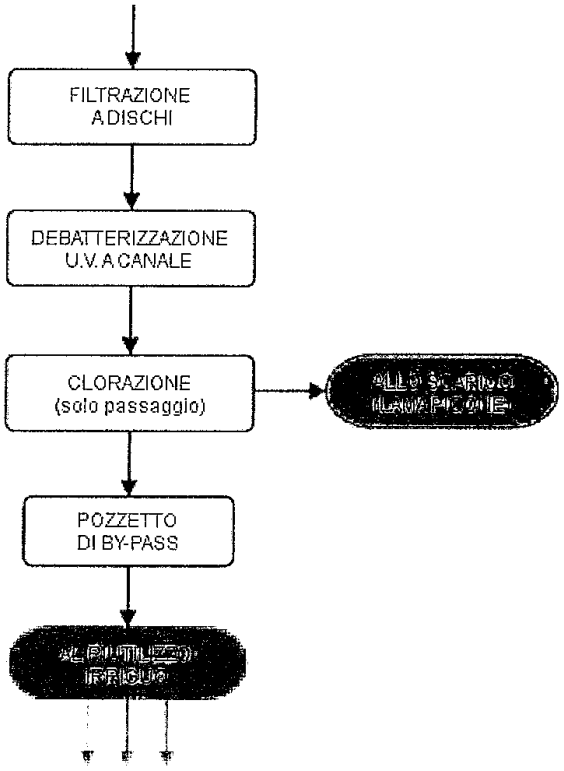


Figura 7 *Schema a blocchi della sezione di affinamento*

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2 – Descrizione del sistema

La filtrazione di superficie è un'operazione fisico-meccanica con la quale un liquido in movimento, sotto l'azione di un gradiente di pressione, si separa dalle particelle solide in esso disperse, per effetto della loro ritenzione da parte di un mezzo filtrante poroso attraverso cui il liquido viene fatto passare; la ritenzione delle particelle nella filtrazione di superficie, detta anche *filtrazione di rifiuto*, avviene principalmente per un meccanismo di setacciamento o vagliatura, in quanto le particelle vengono trattenute sulla superficie del filtro (rifiutate), avendo esse un diametro maggiore di quello dei pori del mezzo filtrante.

Questa tecnica di filtrazione consiste nell'inviare la sospensione da filtrare su un apposito supporto di filtrazione (*tela*), il quale lascia passare il fluido, mentre trattiene le particelle solide sospese, le quali vengono ad accumularsi sulla superficie della tela, formando così un deposito di spessore crescente (*panello o torta di deposito*).

Dopo la fase di avvio, in cui l'azione filtrante è esercitata dal supporto, le stesse particelle che costituiscono il deposito contribuiscono a formare il mezzo filtrante mediante il quale avviene la ritenzione dei solidi sospesi nella torbida che alimenta il filtro; la crescita del materiale di deposito e la progressiva deformazione delle particelle che si accumulano sul mezzo filtrante provocano un aumento della resistenza opposta dal panello al passaggio del filtrato, con conseguente perdita di carico del liquido di processo e riduzione della portata del filtro.

La *disinfezione* dell'acqua comporta rimozione, disattivazione o uccisione dei microorganismi patogeni; può essere realizzata tramite disinfettanti fisici o chimici (rimuovendo anche gli inquinanti organici dall'acqua che servono da sostanze nutrienti o da ripari per i microorganismi).

Nello specifico la disinfezione fisica dell'acqua è attuata mediante esposizione a luce ultravioletta (UV), che induce disturbi nell'attività delle cellule dei microorganismi (corrosione e alterazione della permeabilità delle pareti cellulari, disattivazione per mutamento strutturale degli enzimi, etc.).

Nel seguente paragrafo si riporta la descrizione sintetica dei due principali elementi impiantistici, come fornita dal Gestore dell'Impianto nella documentazione fornita (Doc. **T05** e **T12**).

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale REGIONE PUGLIA SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.3.3 Caratteristiche tecniche

L'impianto di affinamento di Acquaviva delle Fonti è strutturato con le seguenti stazioni e apparecchiature:

- **Stazione di filtrazione**: è costituita da una vasca interrata in calcestruzzo armato di dimensioni lorde 8.90 m x 7.60 m e altezza lorda 4.05 m, coperta da tettoria ad unico spiovente (realizzata con struttura metallica e copertura con pannelli coibentati tipo sandwich a doppia lamiera grecata); la vasca è suddivisa in due sezioni ciascuna dotata di due paratoie di intercettazione flussi a comando manuale in acciaio inox AISI 304. La stazione è stata pensata in modo da poter disporre di due sistemi filtranti, uno per sezione/canale; attualmente solo una delle sezioni è attrezzata con
  - N. **1** filtro a disco su tela *Mecana* tipo *MSF 10/50 PEC* della MITA BIURULLI srl a 10 dischi, ciascuno costituito da 6 settori filtranti;
  - N. **3** pompe per lavaggio delle tele *HIDROSTAL* tipo *A2QE2* da 1.8 kW;
  - N. **1** pompa per estrazione fanghi e svuotamento vasca *HIDROSTAL* tipo *A2QE2* da 1.8 kW
  - N. **1** quadro elettrico di comando
- **Stazione di debatterizzazione**: è costituita da una vasca interrata in calcestruzzo armato di dimensioni lorde 10.40 m x 7.60 m, coperta da tettoria ad unico spiovente (con struttura metallica e copertura a pannelli coibentati tipo sandwich e doppia lamiera grecata); la vasca è composta da due pozzetti di carico e scarico aventi profondità di 3.05 m e due canali paralleli, ciascuno di dimensioni interne 7.20 m per 1.20 m e altezza 2.85 m, attrezzati con due paratoie di intercettazione flussi a comando manuale in acciao inox AISI 304; come quella di filtrazione, la stazione è stata pensata in modo da poter disporre di un doppio banco di debatterizzazione, uno per sezione/canale; attualmente solo uno dei due canali è attrezzato con
  - N. **1** impianto di debatterizzazione UV tipo *LBX 200* con ballast sommergibili della BIOTEC srl, costituito da un banco a 4 moduli, ciascuno a 6 lampade;
  - N. **1** stramazzo a serpentina in acciaio inox AISI 304;
  - N. **2** sagome in lamiera di acciaio inox AISI 304 per alloggio banchi UV;
  - N. **1** quadro elettrico di comando

L'acqua affinata viene inviata, mediante collettore in acciaio bitumato DN500, in testa alla vasca di clorazione dalla quale può passare

- mediante apertura di paratoia manuale, **allo scarico attuale** costituito dal torrente Picone;
- mediante chiusura della suddetta paratoia manuale e apertura di una seconda paratoia posta in un secondo pozzetto di alimentazione (*di derivazione*), alla vasca di accumulo e da questa, con relativo sollevamento, **alla rete irrigua**.

Come precisato dal Gestore dell'impianto in **T12**, il trattamento di disinfezione a base di cloro, in uso quando il refluo depurato licenziato dal depuratore viene inviato allo scarico, *sarà sospeso nel caso di riutilizzo irriguo*.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.3.4 Dimensionamento e parametri operativi

Il dimensionamento della sezione di filtrazione ha tenuto conto di due parametri fondamentali:

- portata oraria di progetto (di punta nera) e massima;
- carico Solidi Sospesi Totali (SST)

Con bassi tenori di Solidi Sospesi la portata in ingresso non deve superare il carico idraulico specifico indicato per il tipo di tela scelto, mentre con alti tenori di SS è questo fattore che determina il dimensionamento della superficie filtrante necessaria.

Con le tele scelte dal Gestore, tenuto conto dei dati di progetto, la concentrazione di SS attesa allo scarico del filtro è < 10 mg/l; le caratteristiche della tela sono tali da abbinare gli effetti della filtrazione superficiale e della filtrazione profonda.

Si riportano di seguito, in Tabella 11, i principali dati di progetto e di dimensionamento dei filtri.

Tabella 11: Dati di progetto e dimensionamento dei filtri (modif. da T05)

Dati di progetto				
Portata media equalizzata	Q_m	280	m^3/h	
Portata di progetto	Q_{pr}	**280**	m^3/h	
SST ingresso medi	SST_{med} <	40	mg/l	
SST ingresso massimi	SST_{max} <	70	mg/l	
Carico di progetto SST ingresso		11.20	kg_{SS}/h	su Qpr e SSTmed
Carico massimo SST ingresso		19.60	kg_{SS}/h	su Qpr e SSTmax
SST in uscita attesi	SST_{att} <	10	mg/l	
Criteri di calcolo				
Tela prevista	POLSTOFF			
Carico idraulico specifico di progetto		**5**	$m^3/(m^2h)$	
Superficie teorica di progetto		56	m^2	su Qpr
Carico di SST specifico di progetto		0.20	$kg_{SS}/(m^2h)$	
Superficie teorica di progetto		56.	m^2	su Qpr e SSTmed
Carico di SST specifico massimo		0.30	$kg_{SS}/(m^2h)$	
Superficie teorica massima		65.33	m^2	su Qpr e SSTmax
Modello MECANA previsto	MSF 10/50 PEC			
Superficie filtrante		50	m^2	
Superficie filtrante totale installata		50	m^2	
Carico idraulico specifico effettivo di progetto		5	$m^3/(m^2h)$	su Qpr
Carico di SST specifico effettivo di progetto		0.20	$kg_{SS}/(m^2h)$	su Qpr e SSTmed
Carico di SST specifico effettivo massimo		0.35	$kg_{SS}/(m^2h)$	su Qpr e SSTmax

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Nel filtro MSF 10/50 PEC sono installati un motoriduttore da 0.55 kW e n. 4 pompe ciascuna da 1.8 kW (di cui 3 pompe per lavaggio delle tele e una per l'estrazione dei fanghi e lo svuotamento della vasca di servizio); la contemporaneità del funzionamento è limitata al motoriduttore e ad una pompa solo durante la fase di controlavaggio.

In condizioni di esercizio normali ($SST_{in} \leqslant 40$ mg/l) è prevista una frequenza del controlavaggio una volta ogni 12 - 15 minuti da cui derivano i seguenti dati di potenza e consumo:

- Potenza installata totale: 7.75 kW
- Potenza assorbita durante il lavaggio: 1.88 kW (motoriduttore + 1 pompa)
- Funzionamento ~ 5,38 h/giorno
- Consumi previsti ~ 10.11 kWh/giorno

Per la sezione di disinfezione è stato scelto un sistema di disinfezione UV a un canale della serie LBX200 prodotto dalla Biotec SRL UV Division, dotato di 24 lampade a bassa pressione ed alta intensità in grado di irraggiare luce ultravioletta alla lunghezza d'onda di 254 nm.

Il sistema comprende anche un elemento in serie per la pulizia automatizzata che elimina la necessità per gli operatori di rimuovere i moduli e pulirli manualmente; utilizza lampade UV a bassa pressione ed alta intensità, dotate di un rivestimento interno che previene il fenomeno della "solarizzazione" della lampada stessa, prolungandone la vita utile a più di 12.000 ore.

Per la scelta/dimensionamento della sezione di disinfezione è stata considerata la stessa portata massima della sezione filtrante (280 m^3/h) con concentrazioni massime di SST paria a 10 mg/l e di E. Coli pari a 100000 UFC/100 ml.

Il sistema è progettato per ottenere un abbattimento del 99,99% degli E.Coli in ingresso, a fine vita utile delle lampade, in modo da assicurare un livello di disinfezione in uscita dal sistema UV inferiore a 10 UFC/100ml.

Di seguito i principali parametri operativi ed energetici della sezione di disinfezione scelta:

- Velocità massima nel canale: 410 mm/sec.
- Massima perdita di carico per banco UV: 25 mm
- Tempo di ritenzione: 3.76 secondi
- Voltaggio in entrata: 380/220 VAC, trifase, 4 cavi + terra, 50 Hz
- Consumo massimo totale di potenza: 3 kW

L'**impianto di depurazione** di Acquaviva delle Fonti, a valle del quale è inserito il trattamento terziario (di affinamento) per il riutilizzo irriguo,

- è dimensionato per una portata massima di **6.600 m^3/giorno** (fonte **T12**);
- risulta operante, sulla base di dati 2015, ad una portata media di **6.130 m^3/giorno.**

Si sottolinea che il suddetto valore operativo corrisponde alla *Capacità Organica di Progetto* (*COP*) di **30'500** A.E. (da cui 6100 m^3/giorno) riscontrata dal Gestore e da questi comunicata all'Autorità Idrica Pugliese[14] nell'aprile 2014. Sulla base degli esiti degli autocontrolli effettuati nel periodo compreso tra gennaio 2015 e aprile 2016 (forniti dal Gestore dell'Impianto in **T13**, sintetizzati nell'**Allegato 2**), l'impianto di depurazione licenzia un refluo che risulta conforme ai limiti imposti dal provvedimento autorizzativo (Tabella 4 dell'Allegato 5 alla Parte III del D.Lgs. 152/2006), riportati in Tabella 8.

L'**impianto di affinamento** è dimensionato per trattare una portata media equalizzata di **6.720 m^3/giorno**, pari a circa 280 m^3/h, superiore alla capacità del depuratore e alla portata di esercizio 2015; come indicato dal Gestore in **T12**, può arrivare a trattare efficacemente una portata di **7.200 m^3/giorno**.

[14] di cui AIP ha preso atto con Determinazione Dirigenziale n. 43 del 10 aprile 2014

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Ambiente - REGIONE PUGLIA - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.3.5 Idoneità dell'effluente al riutilizzo

Obiettivo del trattamento terziario è la restituzione di un effluente *idoneo al riutilizzo*, cioè conforme ai requisiti chimico-fisici e microbiologici definiti nel DM 185 del 12 giugno 2003 e riportati in Tabella 14.

Come si evince dal confronto tra i due riferimenti normativi, i requisiti per il riutilizzo (limiti del DM 185/2003, in Tabella 14) sono identici a quelli per lo scarico al suolo (limiti della Tabella 4, All. 5 alla Parte III del D.Lgs. 152/2006, riportati in Tabella 4), salvo risultare, in pochi casi:

- più conservativi (valori limite minori) per i parametri *Solidi sospesi totali, Arsenico, Cromo totale* ed *Escherichia coli*, evidenziati in verde in Tabella 14;
- meno conservativi (valori limite maggiori) per i parametri *Boro, Rame, Selenio, Cloruri e Fluoruri* (in rosso).

Tenuto conto delle suddette differenze, sulla base dei 46 rapporti analitici acquisiti, sintetizzati nel prospetto allegato (**Allegato 2**), nonché dei parametri operativi della sezione di affinamento dichiarati dal Gestore, i reflui depurati risultano *idonei al recupero*.

Come previsto al punto 4 dell'Allegato al D.M. 185/2003 per il caso di riuso irriguo, dopo il primo anno di funzionamento e monitoraggio del sistema, il Soggetto Gestore della rete, nel caso volesse verificare e monitorare le diverse colture con maggiori concentrazioni di nutrienti, potrà richiedere che i valori limite dei parametri *Fosforo* (2 mg/l) e *Azoto Totale* (15 mg/l) siano elevati rispettivamente fino a 10 mg/l e a 35 mg/l.

Come dichiarato dallo stesso Gestore dell'Impianto in **T12**, *il depuratore, in concomitanza di avverse condizioni meteorologiche, è interessato da scarichi anomali di tipo quantitativo, con aumento della portata in arrivo a causa dell'acqua di pioggia proveniente dall'abitato. Raramente all'impianto giunge refluo che presenta valori di carico in ingresso non in linea con i valori di cui alla Tabella 3, All. 5 alla Parte III del D.Lgs. 152/2006, per scarichi in rete fognaria.*

Le aziende autorizzate a scaricare nella fognatura afferente al depuratore di Acquaviva delle Fonti, fatto salvo quanto statuito dal Regolamento Regionale n. 26 del 2011, sono riportate in Tabella 13 e risultano conferire una portata totale di **11.383 m^3/anno**; come dichiarato dal Gestore in **T12**, i cicli produttivi di tali aziende *non contengono sostanze pericolose di cui alla Tabella 3A dell'Allegato 5 alla parte III del D.Lgs. 152/2006.*

Tabella 12: Elenco ditte autorizzate allo scarico e portate annue (modif. da T12)

Titolare	Attività	Ragione sociale	Indirizzo	Portata A.R. industriali [m^3/anno]
Radogna Giacontini	Caseificio	Caseificio Casa del Latticinio	Via S.A. Luciani, 58	**450**
Barberio Francesco	Caseificio	Caseificio Barberio Francesco	Via Laforenza, 2	**739**
Ferrari Giuseppe	Caseificio	Caseificio A.C.F.	Via S. Michele, 61/65	**864**
Paulangelo Nicola	Caseificio	Caseificio La Mozzarella snc	Via Colaninno, 6	**2190**
Maselli Domenico	Lavanderia industriale	LIM srl	Via Molise Lotto 52	**1734**
Barone Lumaga Giampaolo	Dialisi	Diaverum Italia srl	Via Pascoli, 22	**4080**
Angiulli Stella	Autolavaggio	DG srl	Via Sammichele s.n.	**1326**

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Ambiente - REGIONE PUGLIA - Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2 – Descrizione del sistema

Come si evince dalla documentazione acquisita cui si rimanda (**T12**), ai 7 scarichi industriali autorizzati di Tabella 12, si aggiungono quelli di 21 ditte assimilabili al domestico, alle quali il Gestore fornisce un quantitativo totale d'acqua pari a 11.7408 m^3/anno.

Le modalità di rilascio delle autorizzazioni allo scarico in fognatura sono dettagliate nel Protocollo sottoscritto dal Direttore Operativo del Gestore del S.I.I. (**T15**, agosto 2014) acquisito agli atti.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Tabella 13: Valori limite per recapiti al suolo (Tabella 4, All. 5 alla Parte III D.Lgs. 152/2006)

ID	Parametro	Unità di misura	Valore limite
1	pH	-	6-8
2	SAR	-	10
3	Materiali grossolani	-	Assenti
4	Solidi sospesi totali	mg/L	25
5	BOD_5	mg/L O_2	20
6	COD	mg/L O_2	100
8	Fosforo totale	mg P/L	2
7	Azoto totale	mg N/L	15
9	Tensioattivi totali	mg/L	0,5
10	Alluminio	mg/L	1
12	Arsenico	mg/L	0,05
13	Bario	mg/L	10
11	Berillio	mg/L	0,1
14	Boro	mg/L	0,5
15	Cromo totale	mg/L	1
16	Ferro	mg/L	2
17	Manganese	mg/L	0,2
18	Nichel	mg/L	0,2
19	Piombo	mg/L	0,1
20	Rame	mg/L	0,1
21	Selenio	mg/L	0,002
22	Stagno	mg/L	3
23	Vanadio	mg/L	0,1
24	Zinco	mg/L	0,5
25	Solfuri	mgH_2S/L	0,5
26	Solfiti	$mgSO_3/L$	0,5
27	Solfati	$mgSO_4/L$	500
28	Cloro attivo	mg/L	0,2
29	Cloruri	mgCl/L	200
30	Fluoruri	mgF/L	1
31	Fenoli totali	mg/L	0,1
32	Aldeidi totali	mg/L	0,5
33	Solventi organici aromatici tot.	mg/L	0,01
34	Solventi organici azotati tot.	mg/L	0,01
35	Saggio tossicità su Daphnia m.	$LC50^{24h}$	50
36	Escherichia coli[15]	UFC/100 mL	5000

[15] In sede di autorizzazione allo scarico, da parte dell'autorità competente andrà fissato il limite più opportuno in relazione alla situazione ambientale e igienico sanitario del corpo idrico recettore e agli usi esistenti. Si consiglia un limite non superiore ai 5000 UFC/100ml

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Tabella 14: Valori limite all'uscita dell'impianto di recupero (Allegato al DM 185/2003)

	Parametro	Unità di misura	Valore limite
	pH	-	6-9,5
	SAR	-	10
	Materiali grossolani	-	Assenti
	Solidi sospesi totali	mg/L	**10**
	BOD_5	mg/L O_2	20
	COD	mg/L O_2	100
	Fosforo totale	mg P/L	2
	Azoto totale	mg N/L	15
	Azoto ammoniacale	mg NH_4/L	2
	Conducibilità elettrica	µS/cm	3000
	Alluminio	mg/L	1
	Arsenico	mg/L	**0,02**
	Bario	mg/L	10
	Berillio	mg/L	0,1
	Boro	mg/L	**1**
	Cadmio	mg/L	0,005
	Cobalto	mg/L	0,05
	Cromo totale	mg/L	**0,1**
Chimico-fisici	Cromo VI	mg/L	0,005
	Ferro	mg/L	2
	Manganese	mg/L	0,2
	Mercurio	mg/L	0,001
	Nichel	mg/L	0,2
	Piombo	mg/L	0,1
	Rame	mg/L	**1**
	Selenio	mg/L	**0,01**
	Stagno	mg/L	3
	Tallio	mg/L	0,001
	Vanadio	mg/L	0,1
	Zinco	mg/L	0,5
	Cianuri totali (come CN)	mg/L	0,05
	Solfuri	mgH_2S/L	0,5
	Solfiti	mgSO_3/L	0,5
	Solfati	mgSO_4/L	500
	Cloro attivo	mg/L	0,2
	Cloruri	mgCl/L	**250**
	Fluoruri	mgF/L	**1,5**
	Grassi e oli animali/vegetali	mg/L	10

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente REGIONE PUGLIA SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

	Parametro	Unità di misura	Valore limite
	Oli minerali[16]	mg/L	0,05
	Fenoli totali	mg/L	0,1
	Pentaclorofenolo	mg/L	0,003
	Aldeidi totali	mg/L	0,5
	PCE, TCE (somma)	mg/L	0,01
	Solventi clorurati totali	mg/L	0,04
	Trialometani (somma conc.)	mg/L	0,03
	Solventi organici aromatici tot.	mg/L	0,01
	Benzene	mg/L	0,001
	Benzo(a)pirene	mg/L	0,00001
	Solventi organici azotati tot.	mg/L	0,01
	Tensioattivi totali	mg/L	0,05
	Pesticidi clorurati (ciasc.)[17]	mg/L	0,001
	Pesticidi fosforati (ciasc.)	mg/L	0,0001
	Altri pesticidi totali	mg/L	0,05
Microbiologici	Escherichia coli[18]	UFC/100 mL	**10** (80% campioni) **100** (puntuale max)
	Salmonella		Assente

[16] Tale sostanza deve essere assente dalle acque reflue recuperate destinate al riutilizzo (omissis). Tale prescrizione si intende rispettata quando la sostanza è presente in concentrazioni non superiori ai limiti di rilevabilità delle metodiche analitiche di riferimento, definite e aggiornate con apposito decreto ministeriale. Nelle more di tale definizione, si applicano i limiti di rilevabilità riportati in tabella

[17] Il valore di parametro si riferisce ad ogni singolo pesticida. Nel caso di Aldrina, Dieldrina, Eptacloro, ed Eptacloro epossido, il valore parametrico è pari a 0,030 µg/L

[18] Per le acque reflue recuperate provenienti da lagunaggio o fitodepurazione valgono i limiti di 50 (80% dei campioni) e 200 UFC/100 ml (valore puntuale massimo).

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.4 *Rete di distribuzione*

Le caratteristiche della rete di distribuzione delle acque reflue affinate e i criteri di progettazione applicati sono descritti nella documentazione tecnica allegata, fornita dal Comune di Acquaviva delle Fonti in quanto Gestore della Rete stessa, in particolare nei documenti **T04**, **T07**, **T16** e **T17** (cfr. par. 1.5).

Nei paragrafi che seguono sono sintetizzate le informazioni specifiche, tra quelle riportate nei suddetti documenti, previste dal Regolamento Regionale (Art. 5 e Allegato 7) per il caso di *riutilizzo irriguo*.

2.4.1 Layout e sviluppo

La rete di distribuzione e le aree agricole da essa servite si sviluppano interamente entro i confini amministrativi del comune di Acquaviva delle Fonti, su un'area compresa tra le coordinate[19] Nord 4534900 / 4528470 ed Est 652520 / 659170, a coprire un dislivello massimo di circa 60 m (tra una quota minima di circa 235 m s.l.m a Nord e una massima di 295 m s.l.m. della particella più meridionale).

Tutte le componenti del sistema sono inquadrabili nel foglio n. ***455*** – *Acquaviva delle Fonti* della Cartografia Tecnica Regionale numerica regionale alla scala 1:5000.

In Figura 8 a pag. 45 si propone una rappresentazione grafica, modificata a partire da **T07-T11** e **T17**, dello sviluppo della rete di distribuzione oggetto del presente Piano di Gestione rispetto ai limiti amministrativi comunali, con indicazione della posizione dell'impianto di depurazione e dei principali elementi del sistema (pozzi, vasche e tronchi di rete indipendenti), nonché evidenziazione delle particelle catastali interessate al riuso delle acque affinate (suddivise in distinti comprensori).

La rete oggetto del presente Piano di Gestione risulta integrata in una rete più complessa e preesistente (cfr. **T07**), costituita da canalizzazioni (realizzate tra la fine degli anni '80 e i primi '90) attualmente gestite in parte dalla Cooperativa La Molignana e in parte dall'ARIF (Agenzia Regionale per le attività Irrigue e Forestali), in grado di distribuire l'acqua emunta da pozzi profondi ad utenze private suddivise in **11** distinti comprensori irrigui.

Come già precisato nel par. 2.2.1 , degli undici comprensori irrigui esistenti, ad oggi, solo **quattro** risultano interessati al progetto di riutilizzo dell'acqua affinata proveniente dal depuratore di Acquaviva delle Fonti, per un totale di circa **162 ha** su 440 ha totali.

I suddetti distinti comprensori, le cui particelle catastali sono rappresentate con differenti colori in Figura 8, ciascuno servito da un pozzo omonimo dotato di vasca di accumulo e rilancio (cfr. 2.4.2 e par. 2.4.3), sono descritti nella documentazione fornita dal Gestore della Rete (**T07-T11** e **T17**) e prendono il nome dal toponimo della relativa contrada:

- Comprensorio n.**1** (***Santa Croce***), servito dal pozzo 1 sito in contrada omonima (ubicato nella p.lla 316 del foglio 34, cfr. Doc.T08); consta di 54 particelle, per uno sviluppo complessivo di ca **45** ha;
- Comprensorio n.**3** (***via Vecchia Bari***), servito dal pozzo 3 sito in contrada omonima (ubicato nella p.lla 466 del foglio 30, cfr. Doc.T09); consta di 62 particelle, per uno sviluppo complessivo di ca **14** ha;
- Comprensorio n.**2** (***Molignana - Filippone***), servito da pozzo 2 sito in contrada omonima (ubicato nella p.lla 140 del foglio 19, cfr. Doc.T11); consta di 76 particelle, per uno sviluppo complessivo di ca **45** ha;
- Comprensorio n.**5** (***Borgo***), servito dal pozzo 5 sito in contrada omonima (ubicato nella p.lla 205 del foglio 43, cfr. Doc.T10); consta di 104 particelle, per uno sviluppo complessivo di ca **60** ha.

Come specificato dal Gestore in **T17** (cfr. par. 2.4.3), la rete di distribuzione delle acque reflue affinate è costituita da 2 circuiti idraulici distinti:

[19] nel SR WGS84 UTM 33 (EPSG:32633)

REGIONE PUGLIA Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

- Circuito idraulico n. **1**, suddiviso nei tronchi 1, 1.1 e 1.2, collega la vasca di raccolta prossima all'impianto (cfr. Figura 8 e par. 2.4.3) alle vasche di accumulo dei comprensori Santa Croce e Filippone;
- Circuito idraulico n. **2**, suddiviso nei tronchi 2, 2.1 e 2.2, collega la vasca di raccolta prossima all'impianto alle vasche di accumulo dei comprensori Via Vecchia Bari e Borgo

Lo sviluppo complessivo dei tronchi 1, 1.1, 1.2, 2, 2.1 e 2.2 è pari a circa **10 km**.

Le acque reflue affinate provenienti dalla vasca di raccolta principale, rilanciate verso le quattro vasche di accumulo prossime ai pozzi, potranno eventualmente anche essere miscelate alla risorsa idrica grezza emunta, nei casi di maggior fabbisogno rispetto al portata massima dell'affinamento.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2 – Descrizione del sistema

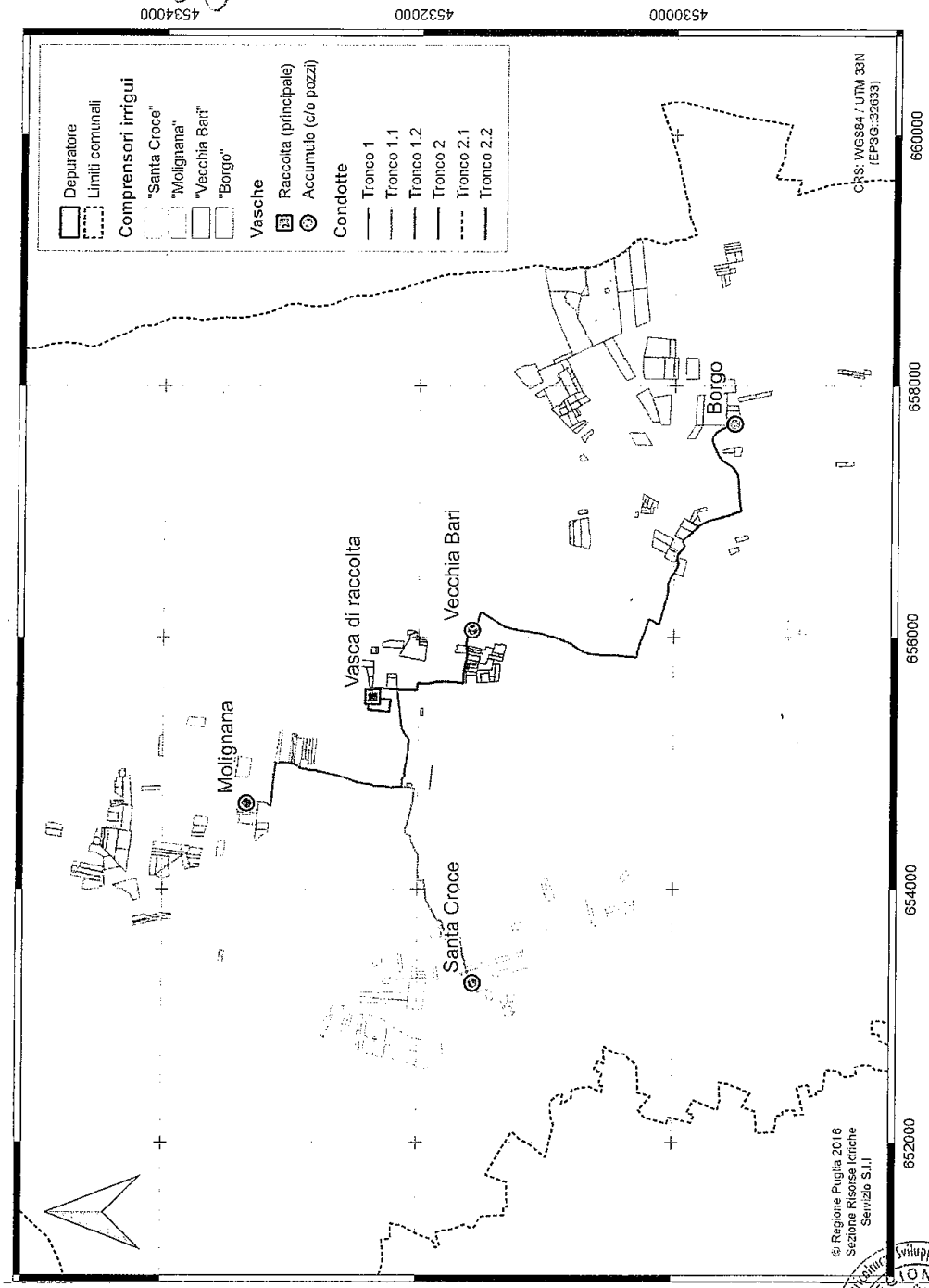


Figura 8 *Layout della rete, ubicazione dei comprensori irrigui e dei pozzi*

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.4.2 Fonti di approvvigionamento convenzionali

Il sistema oggetto del presente Piano di Gestione dispone di fonti di approvvigionamento convenzionali costituite da quattro opere di captazione, fino ad oggi a servizio esclusivo dei rispettivi omonimi comprensori irrigui, di seguito descritte.

- **Pozzo *Via Vecchia Bari*** (pozzo n. **3**): sito in contrada *Via Vecchia Bari*, catastalmente è codificato al foglio 30, particella 466 (coordinate nel SR WGS84 / UTM 33N: X = 656067 m, Y= 4531584). In base alla documentazione pregressa in possesso della Cooperativa La Molignana è profondo **557 m** dal piano di campagna con quota del boccapozzo a **267 m s.l.m.** Il pozzo presenta un diametro di 312 mm fino a 302 m di profondità, e di 220 mm fino alla fine della perforazione. Il primo tratto, fino a 302 m, risulta incamiciato con una tubazione in acciaio dello spessore di 4 mm e diametro 273 mm; la quota del **livello statico** è pari a **111 m s.l.m.** (da cui una **soggiacenza** indicativa di **156 m**), la portata di esercizio varia tra 15 e 20 l/s. risulta attrezzato con elettropompa sommersa Caprari da 125 Hp. L'ufficio del Genio Civile con concessione n. AOO_064/n°59426 del 10 novembre 2009 ha autorizzato una portata media di 5 l/s, una portata massima di 11 l/s ed un volume annuo di acqua emunta pari a 26.940 m^3 per una superficie irrigua (**comprensorio n.3**) pari a 9.62.24 ha (7.68.77 ha a vigneto da tavola, 1.49.01 a vigneto da vino e 0.44.46 ha a oliveto.
- **Pozzo *Molignana*** (pozzo n. **2**): sito in contrada *Molignana-Filippone*, catastalmente è codificato al foglio 19, particella 140 (coordinate nel SR WGS84 / UTM 33N: X = 654689 m, Y= 4533349). In base alla documentazione pregressa in possesso del Gestore della Rete il pozzo è profondo **700 m** dal piano di campagna con quota del boccapozzo a **253 m s.l.m.** Il pozzo presenta un diametro di 312 mm fino a 302 m di profondità, e di 220 mm fino alla fine della perforazione. Il primo tratto, fino a 302 m, risulta incamiciato con una tubazione in acciaio dello spessore di 4 mm e diametro 273 mm; la quota del **livello statico** è pari a **52 m s.l.m.** (da cui una **soggiacenza** indicativa di **201 m**), la portata di esercizio varia tra 15 e 20 l/s. risulta attrezzato con elettropompa sommersa Caprari da 100 Hp. L'ufficio del Genio Civile con concessione n. AOO_064/n°59428 del 10 novembre 2009 ha autorizzato una portata media di 15 l/s, una portata massima di 19 l/s ed un volume annuo di acqua emunta pari a 122.700 m^3 per una superficie irrigua (**comprensorio n.2**) pari a 46.82.38 ha (di cui 40.63.72 ha a vigneto da tavola, 1.10.65 a vigneto da vino e 5.08.01 ha a oliveto.
- **Pozzo *Santa Croce*** (pozzo n. **1**): sito in contrada *Santa Croce*, catastalmente è codificato al foglio 34, particelle 316-317 (coordinate nel SR WGS84 / UTM 33N: X = 653268 m, Y= 4531553). In base alla documentazione pregressa in possesso del Gestore della Rete il pozzo è profondo **566 m** dal piano di campagna con quota del boccapozzo a **276 m s.l.m.** Il pozzo presenta un diametro di 312 mm fino a 302 m di profondità, e di 220 mm fino alla fine della perforazione. Il primo tratto, fino a 302 m, risulta incamiciato con una tubazione in acciaio dello spessore di 4 mm e diametro 273 mm; la quota del **livello statico** è pari a **109 m s.l.m.** (da cui una **soggiacenza** indicativa di **167 m**). Risulta attrezzato con elettropompa sommersa Atruria da 100 Hp. L'ufficio del Genio Civile con concessione n. AOO_064/n°59422 del 10 novembre 2009 ha autorizzato una portata media di 10 l/s, una portata massima di 11 l/s ed un volume annuo di acqua emunta pari a 82.200 m^3 per una superficie irrigua (**comprensorio n.1**) pari a 36.54.01 ha (di cui 8.38.09 a vigneto da vino, 22.00.38 ha a frutteto e 6.15.54 ha a oliveto.
- **Pozzo *Borgo*** (pozzo n. **5**): sito in contrada *Borgo*, catastalmente è codificato al foglio 43, particella 205 (coordinate nel SR WGS84 / UTM 33N: X = 657694 m, Y= 4529535). In base alla documentazione pregressa in possesso del Gestore della Rete il pozzo è profondo **505 m** dal piano di campagna con quota del boccapozzo a **283 m s.l.m.** Il pozzo presenta un diametro di 312 mm fino a 302 m di profondità, e di 220 mm fino alla fine della perforazione. Il primo tratto, fino a 302 m, risulta incamiciato con una tubazione in acciaio dello spessore di 4 mm e diametro 273 mm; la quota del **livello statico** è pari a

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

a **124 m s.l.m.** (da cui una **soggiacenza** indicativa di **159 m**), la portata di esercizio dei pozzi limitrofi varia tra 8 e 20 l/s. risulta attrezzato con elettropompa sommersa Caprari da 100 Hp. L'ufficio del Genio Civile con concessione n. AOO_064/n°59415 del 10 novembre 2009 ha autorizzato una portata media di 9 l/s, una portata massima di 9.5 l/s ed un volume annuo di acqua emunta pari a 80.880 m^3 per una superficie irrigua (**comprensorio n.5**) pari a 30.36.42 ha (di cui 17.70.41 ha a vigneto da tavola, 1.10.65 a vigneto da vino, 8.69.64 ha a oliveto e 2.38. ha ad altre coltivazioni).

2.4.3 Caratteristiche tecniche

La rete di distribuzione oggetto del presente Piano di Gestione è attualmente costituita dai seguenti principali elementi (cfr. Layout di Figura 8 a pag.45):

- **Vasca principale** di *raccolta e sollevamento* nella quale confluisce l'acqua affinata dall'impianto, ubicata in prossimità dell'impianto stesso e costituita da una vasca interrata in calcestruzzo armato di dimensioni in pianta 14.00 m x 7.20 m e livello idrico 2,00 m, pertanto avente capacità di **200 m^3**;
- **Stazione di pompaggio principale**, annessa alla vasca, costituita da:
  - locale al piano terra nel quale sono alloggiati i quadri elettrici di controllo e gestione dell'impianto;
  - camera di manovra interrata, alla quale si accede attraverso scala in cls dalla camera dei quadri elettrici, nella quale sono alloggiate 5 pompe centrifughe ad asse verticale con motore a secco e girante sommersa (Caprari P8C/5/20/3D) della potenza di 18,5 kW ciascuna, per una potenza complessiva di 92,5 kW.
- N. **4 Vasche di accumulo** dei singoli comprensori/contrade (*Santa Croce, Filippone, Via vecchia Bari* e *Borgo*); realizzate in calcestruzzo armato, identiche, hanno dimensioni interne pari a 16,10 m. x 14,40 m. con una altezza interna di 3,80 m e fuori terra variabile, comunque maggiore di 1 m, per una capacità singola pari circa **800 m^3**; in adiacenza alle vasche vi sono camere di manovra, di dimensioni interne 7,80 m. x 5,00 m, nelle quali sono alloggiate le pompe di spinta. Le vasche sono posizionate in prossimità degli omonimi pozzi artesiani esistenti: oltre a ricevere le acque emunte dalle opere di captazione, ricevono l'acqua affinata proveniente dalla vasca principale, consentendone l'eventuale miscelamento e l'equalizzazione prima del rilancio verso le utenze.
- **Rete di adduzione** alle vasche di accumulo: progettata inizialmente come un doppio circuito idraulico in grado di collegare la vasca di raccolta e sollevamento principale a **6** distinte vasche di accumulo, tenuto conto che in virtù del finanziamento ammesso sono state realizzate **4** vasche delle 6 previste, risulta attualmente costituita da **due rami** indipendenti di condotte adduttrici (cfr. Figura 8) :
  - circuito idraulico n.1: serve le vasche di accumulo dei comprensori *Santa Croce* e *Filippone* (e, in futuro, *Parco Chiesa*)
  - circuito idraulico n.2: serve le vasche di accumulo dei comprensori *Via vecchia Bari* e *Borgo* (in futuro, anche quella del comprensorio *Annunziata*).

Le condotte adduttrici dei due rami sono realizzate in polietilene ad alta densità tipo PE 100 SIGMA 80 (MRS10,0) nella classe di pressione PN 16 (SDR 11) e PN 10; nella sottostante tabella si riportano le principali caratteristiche delle tubazioni di ciascuna sottosezione della rete.

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Tabella 15: Principali caratteristiche delle condotte della rete di distribuzione

ID Tronco	DIN [mm]	Lunghezza [m]	PN	Comprensorio servito
1	280	2063	16	Contr. Filippone
1.1	250	1977	16	Contr. Santa Croce
1.2	180	564	16	Contr. Santa Croce
2	315	1281	10 (16)	Contr. Via Vecchia Bari
2.1	180	13	16	Contr. Via Vecchia Bari
2.2	315	4011	10 (16)	Contr. Borgo

2.4.4 Inquadramento catastale

Il sistema di riuso delle acque reflue affinate oggetto del presente Piano di Gestione interesserà quattro distinti comprensori irrigui, fino ad oggi serviti esclusivamente da altrettanti pozzi, descritti dettagliatamente nella documentazione fornita dal Gestore della Rete (T07, T08, T09 e T10) e di seguito elencati:

- Comprensorio n. 1 (*Santa Croce*), servito dal pozzo **1** sito in contrada omonima (ubicato nella p.lla 316 del foglio 34, cfr. Doc.T08); consta di **54** particelle catastali, per uno sviluppo complessivo di ca **45** ha;
- Comprensorio n. 3 (*via Vecchia Bari*), servito dal pozzo **3** sito in contrada omonima (ubicato nella p.lla 466 del foglio 30, cfr. Doc.T09); consta di **62** particelle, per uno sviluppo complessivo di ca **14** ha;
- Comprensorio n. 2 (*Molignana - Filippone*), servito da pozzo **2** sito in contrada omonima (ubicato nella p.lla 140 del foglio 19, cfr. Doc.T11); consta di **76** particelle, per uno sviluppo complessivo di ca **44** ha;
- Comprensorio n. 5 (*Borgo*), servito dal pozzo **5** sito in contrada omonima (ubicato nella p.lla 205 del foglio 43, cfr. Doc.T10); consta di **104** particelle, per uno sviluppo complessivo di ca **60 ha**.

In sintesi, risultano in totale **101 proprietari e 296 particelle catastali distinte**, per un'estensione complessiva del comprensorio pari a circa 163 ha.

L'ubicazione dei quattro suddetti comprensori e dei relativi pozzi, in relazione ai rami principali della rete di distribuzione ed all'impianto di depurazione, è rappresentata in Figura 8 a pag. 45.

Si rimanda per i dettagli delle singole particelle (estensione e tipologia di coltura) alla relativa documentazione fornita dal Gestore della rete (doc. **T07**, **T08**, **T09** e **T10**).

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.5 *Conto economico*

Nei paragrafi che seguono sono sintetizzate

- la valutazione dei costi della gestione annuale dell'impianto di affinamento (par. 2.5.1), stimata dal Gestore dell'Impianto e proposta nella documentazione agli atti (**T18**), basata sul programma di riutilizzo indicato dal Gestore della Rete.
- la valutazione dei costi di distribuzione dell'acqua reflua affinata (dovuti alla gestione della rete), stimata dal Gestore della rete e proposta in **T19**.

2.5.1 Stima dei costi dell'affinamento

La stima conservativa dei costi di gestione della sezione di affinamento è stata effettuata dal Gestore dell'impianto ipotizzando una stagione irrigua compresa tra maggio e settembre (inclusi)[20], per una durata complessiva di 153 giorni all'anno, naturali e consecutivi (festivi inclusi), nell'ipotesi di funzionamento continuo su 24h e di dedicare alla gestione dell'impianto una risorsa (operaio specializzato) a tempo pieno. Nelle more dell'approvazione del protocollo operativo redatto dal soggetto competente al controllo e/o della definizione di specifico accordo tra i soggetti interessati, il Gestore dell'Impianto ha incluso nella valutazione anche l'onere dei controlli di conformità (prelievo e analisi, cfr. par.4.1.1) **di competenza del soggetto competente al controllo**.

Nello specifico sono state considerate le seguenti macrovoci:

- **manodopera**: si è previsto l'impiego di risorse dedicate per 1500 h totali (sui 153 giorni della stagione);
- **materie prime**: per l'intera stagione:
  - policloruro di alluminio: 8.980 kg totali, risultanti da un previsto dosaggio di 20 mg/l su un fabbisogno totale della stagione irrigua pari a 448.944 m^3, volume stagionale indicato dal GRD (cfr. par. 2.2.4);
  - polielettrolita cationico: 116 kg totali, risultanti da previsto dosaggio di 15 kg per ogni tonnellata di fango raccolto al chiariflocculatore, nell'ipotesi di raggiungere un tenore medio di secco del 18%.
- **analisi per controlli e autocontrolli**: si è considerato il costo delle analisi previste dal Piano di Monitoraggio predisposto dalla Regione Puglia (par.4.1.3)
- **manutenzione ordinaria**, con valutazione a corpo della stessa, considerando complementi elettrici, ricambi vari, ferramenta, lubrificanti, riprogrammazione software di automazione, etc.
- **manutenzione programmata lampade U.V.**: si è considerata l'incidenza del costo delle lampade rapportata al consumo delle stesse ipotizzando una vita utile pari a 12000 h di funzionamento (pari a 500 giorni, poco più di tre stagioni irrigue);
- **smaltimento fanghi**: si è considerata solo la quantità in eccesso al chiariflocculatore derivante dall'aggiunta di policloruro di alluminio, stimata in 8 t/anno di s.s. al 18%, pari a circaa 45 t/anno di tal quale;
- **energia elettrica**: si è considerata la potenza impegnata per l'esercizio della stazione di debatterizzazione con un costo unitario del kWh rinveniente dai consuntivi 2015.

La valutazione delle suddette voci di costo (cfr. **T18** e **T20**), sintetizzata nella seguente tabella, comporta un costo complessivo annuo della gestione dell'affinamento stimabile in modo **conservativo** in 103.323 €, da cui un costo di gestione (massimo) di **0,23 €/m^3**.

[20] Come indicato nel programma di riutilizzo proposto dal Gestore della rete e descritto nel par. 2.2.4

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Voce di costo	UdM	Quantità annua	Costo unitario [€]	Costo TOTALE annuo [€]
COSTI DI IMPIANTO[21]				
Costi di impianto	A corpo, Una Tantum		230.000,00	230.000,00
COSTI DI GESTIONE				
Manodopera (stima conservativa)	h	1500	29,00	43.500,00
Materie prime per gestione				
Policloruro di alluminio	kg	8980	0,12	1.078,00
Polielettrolita	kg	116	2,60	302,00
Analisi per controlli e autocontrolli	A corpo	1	25.476,00	25.476,00
Manutenzione ordinaria	A corpo	1	10.000,00	10.000,00
Manutenzione programmata raggi U.V.	A corpo	1	1.450,00	1.450,00
Smaltimento fanghi	t	43	115,00	4.945,00
Consumo energia elettrica	kWh	19.462	0,159	3.095,00
STIMA del COSTO TOTALE ANNUO di CONDUZIONE dell'IMPIANTO [€]				89.846,00
SPESE GENERALI e UTILE D'IMPRESA (15%) [€]				13.477,00
TOTALE[22] [€]				**103.323,00**
Portata annua trattata nel periodo irriguo (dati di esercizio 2015) [m^3]				448.944,00
Costo parametrico di gestione [€/m^3]				**0,23**

Tabella 16: Costo dell'affinamento stimato dal Gestore dell'impianto (modificato da T18 e T20)

Si intende che i suddetti costi di gestione stimati, riferiti ad una portata annua trattata nel periodo irriguo pari a 448.944,00 m^3 (pari a quella, massima, prevista dal programma di utilizzo di cui al par. 2.2.4) **saranno definiti annualmente a consuntivo,** in base alla portata effettivamente trattata ed alle ore effettivamente lavorate dalle risorse dedicate.

[21] Si tratta dei costi a corpo (stimati distintamente in T18 e T20) per l'allestimento di una seconda linea di trattamento con macchine identiche a quelle già installate, ritenuta opportuna dal GIR al fine *di garantire il conseguimento dei limiti allo scarico come dettati dal D.M. 185/2003 continuità, anche caso extra portate o nel caso di fuori servizio*

[22] Offerta netta annua di conduzione riportata in T20

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

2.5.2 Stima dei costi di gestione della rete

Il documento prodotto dal GRD e acquisito ad agosto 2016 (**T19**) contiene una *stima dei costi di gestione della rete di distribuzione* relativa all'intero sistema di distribuzione gestito dal Gestore Società Cooperativa *La Molignana*, a servizio di 11 distretti irrigui di cui solo 4 interessati dal riutilizzo di acqua affinata; la stima proposta, riferita all'intero anno **2015**, è articolata nelle seguenti macrovoci:

- materie prime e sussidiarie: € 202;
- servizi (energia elettrica, lavoratori occasionali, consulenti, contabilità, assicurazione, amministrazione, etc): € 152.143 (di cui € 118.686 di energia elettrica);
- affitti e locazioni: € 4.130;
- personale (salari e stipendi, oneri sociali): € 48.922;
- ammortamento impianti e materiale d'ufficio: € 59.796;
- imposte e tasse e altri oneri di gestione: € 2.147;
- interessi passivi e altri oneri finanziari: € 3.015;
- imposte sul reddito dell'esercizio: € 1.500.

per un totale che ammonta a **€ 271.855**.

2.5.3 Stima del costo unitario dell'acqua affinata distribuita

Tenuto conto che le valutazioni economiche presentate dal GRD sono relative alla stagione irrigua 2015 ed a tutti gli 11 comprensori irrigui serviti (da fonti tradizionali), non è al momento possibile stimare un costo unitario della futura distribuzione di acqua affinata.

Nonostante la complessità intrinseca del sistema (rete articolata in sottodistretti di cui solo 4 interessati dal riutilizzo, parte dei costi di gestione condivisi con l'infrastruttura che distribuisce acque di pozzo, etc.), **il GRD si impegna a valutare e comunicare tale costo unitario, relativo alle sole acque affinate, al termine della prima stagione irrigua, inserendolo nel documento di monitoraggio annuale**.

2.5.4 Confronto con i costi dell'acqua convenzionale

Sulla base delle considerazioni economiche sintetizzate nei precedenti paragrafi, tenuto conto delle informazioni condivise informalmente dal Gestore della rete relativamente ai costi energetici sostenuti nel 2015 per il sollevamento, unitari e totali, è possibile stimare il volume complessivo di risorsa idrica (da fonte tradizionale) distribuita nel 2015 e, di conseguenza, un costo unitario medio "sito-specifico" della risorsa convenzionale non inferiore a **1 €/m^3**.

REGIONE PUGLIA - Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

3 Coordinamento dei Soggetti Responsabili

3.1 Contenuti e responsabilità definite dal RR 8/2012

Si ripropone di seguito, in Tabella 17, l'elenco dettagliato dei contenuti del Piano di Gestione e dei relativi soggetti responsabili previsti dal Regolamento Regionale (Art. 5 e Allegato 7) per il caso di riutilizzo irriguo; per ogni voce sono altresì indicati i riferimenti interni ***INT*** (paragrafi del Piano) ed esterni ***EST*** (corrispondenti agli identificativi ***ID*** attribuiti ai documenti acquisiti ed allegati, già indicati in Tabella 2 a pag. 5 e in Tabella 7 pag 18). Nell'indicare i vari Soggetti Responsabili, nel testo si è adottata la seguente convenzione:

- ***REG*** = Regione Puglia, Sezione Risorse Idriche;
- ***GIR*** = Gestore dell'Impianto di Recupero;
- ***GRD*** = Gestore della Rete di Distribuzione;
- ***CMB*** = Città Metropolitana di Bari;
- ***GSR*** = Gestore del Sistema di Raccolta reflui

Tabella 17: Informazioni occorrenti per il Piano di Gestione (uso irriguo) e responsabilità

COMMA	LETTERA	PUNTO	TIPO DI INFORMAZIONE Rif.: **RR 8 / 2012**, Articolo **5**	Soggetto responsabile	Rif.: **PdG** INT	Rif.: **PdG** EST
2	a)		Soggetti responsabili della gestione e del controllo delle diverse fasi della filiera (trattamento, accumulo, distribuzione, utilizzo)	**REG**	Cap. 1	-
2	b)		Caratteristiche delle acque reflue **prima** del trattamento di recupero, attestate da rapporti di analisi chimica e batteriologica relativi all'ultimo anno	ARPA	Allegato 2	**T12, T14**
2	c)		Verifica idoneità dei reflui da recuperare, indicando la eventuale presenza di elementi limitanti tali da impedirne l'impiego in determinati contesti o usi	GIR e GRD	Par. 0	**T12, T14**
2	d)		Verifica che i reflui da recuperare non derivino da cicli produttivi contenenti **sostanze pericolose** di cui alla Tabella 3A dell'Allegato 5 della parte III del D.Lgs. 152/06	GIR	Par. 0	**T12, T15**
2	e)		Eventuale definizione, da parte del Gestore del Sistema di Raccolta reflui, di un protocollo di accettazione per il rilascio di autorizzazione all'allaccio di nuove utenze	GSR	Par. 0	**T15**
2	f)		Localizzazione dell'impianto nel SR WGS84 UTM33N	**REG** e GIR	Par. 2.3.1	**T12**
2	g)		Indicazione del recapito alternativo al riutilizzo, da definirsi ai sensi dell'Art.14 di RR 8/2012	**REG** e GRD	Par. 1.1 e 2.3.2	**T12**
2	h)		Caratteristiche tecniche dell'impianto di affinamento usato per il recupero delle acque reflue	GIR	Par. 2.3.3	**T12**
2	i)		Punti e modalità di mescolamento tra il refluo recuperato e la risorsa idrica grezza non potabile	GRD	Par. 2.4.3	**T16, T17**

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

3 – Coordinamento dei Soggetti responsabili

COMMA	LETTERA	PUNTO	TIPO DI INFORMAZIONE Rif.: **RR 8 / 2012**, Articolo **5**	Soggetto responsabile	Rif.: **PdG** INT	EST
2	**j)**		Portata delle acque trattate nell'impianto di affinamento (misura della portata media giornaliera e delle portate medie mensili) rispetto a quelle depurate	GIR	Par. 2.3.4	**T12**
2	**k)**		Indicazioni sulle destinazioni d'uso per le acque recuperate	**REG**	Par. 1.1	-
2	**l)**		Descrizione del sistema di adduzione e distribuzione	GIR e GRD	Par. 2.4	**T03, T04, T16, T17**
2	**m)**		Conto economico degli investimenti e della gestione del sistema di recupero e riutilizzo	Autorità Idrica Pugliese	Par. 2.5	-
2	**n)**		Piano di Monitoraggio e Controllo, da redigere secondo le indicazioni dell'Allegato 4 al RR 8/2012 e che specifichi:	**REG** conARPA e CMB [23]	Par. 4	-
2	**n)**	**1)**	Sistema controlli sulle acque in uscita dall'impianto di recupero, distinguendo controlli conformità e autocontrolli	**REG** con ARPA e CMB	Par. 4	-
2	**n)**	**2)**	Controlli sulla rete di distribuzione	**REG** con ARPA e CMB	Par. 4	-
2	**n)**	**3)**	Monitoraggio di verifica degli aspetti ambientali, agronomici e pedologici del riutilizzo	**REG** con ARPA e CMB	Par. 4	-
2	**n)**	**4)**	Soggetti preposti all'esecuzione dei controlli	**REG** con ARPA e CMB	Par. 4	-
2	**n)**	**5)**	Frequenza e modalità di registrazione dei controlli	**REG** con ARPA e CMB	Par. 4	-
2	**n)**	**6)**	Modalità di comunicazione dell'esito dei controlli	**REG** con ARPA e CMB	Par. 4	-
2	**o)**		Piano Operativo di Sicurezza per la gestione delle emergenze (ad es.: dei fuori norma) che deve riportare:	GIR	Par. 4.1.4	**T13**
2	**o)**	**1)**	Sistemi di controllo, automatici e non, dei fuori norma	GIR	Par. 4.1.4	**T13**
2	**o)**	**2)**	Sistemi di scarico e di accumulo d'emergenza	GIR	Par. 4.1.4	**T13**
2	**o)**	**3)**	Sistemi di blocco automatico, e non, della distribuzione	GIR	Par. 4.1.4	**T13**

[23] Nell'Allegato 4 (*Contenuti minimi del Piano di Monitoraggio e Controllo*) del RR 8/2012 è specificato che il soggetto responsabile della redazione del Piano di Gestione (la Regione) *cura la predisposizione del Piano di Monitoraggio e Controllo con la collaborazione dell'ARPA e della Provincia* (ora Città Metropolitana di Bari)

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

3 – Coordinamento dei Soggetti responsabili

COMMA	LETTERA	PUNTO	TIPO DI INFORMAZIONE Rif.: **RR 8 / 2012**, Articolo **5**	Soggetto responsabile	Rif.: **PdG** INT	EST
2	o)	4)	Procedure e tempistiche di comunicazione e segnalazione dei fuori norma agli Enti autorizzatori, all'ARPA, etc.	GIR	Par. 4.1.4	**T13**
2	o)	5)	Sistemi di monitoraggio per la verifica della cessata emergenza	GIR	Par. 4.1.4	**T13**
2	o)	6)	Eventuali sistemi alternativi atti a garantire soddisfacim. domanda in caso interruzione erogazione acque recup.	GIR	Par. 2.4.2	**T04**
3	a)		Pedologia dell'area e proprietà idriche dei suoli	GRD[24]	Par. 2.2.2	**T04**
3	b)		Condizioni climatiche locali	GRD	Par. 2.1.1	**T04**
3	c)		Caratteristiche geomorfologiche e idrografiche dell'area	GRD	Par. 2.1.2	**T03**
3	d)		Idrogeologia dell'area	GRD	Par. 2.1.3	**T03**
3	e)		Indicazione delle eventuali aree di rispetto e salvaguardia previste dal PTA	GRD	Par. 2.1.4	**T03**
4	a)		Inquadram. catastale con delimitazione aree interessate al riutilizzo, informazioni su titolo possesso ed ev. presenza concessioni derivazione acque servizio comprens. irriguo	GRD	Par. 2.4.4	**T08, T09, T10**
4	b)		Colture presenti e loro caratteristiche in termini di idroesigenza, tempi e modalità di irrigazione	GRD	Par. 2.2.1	**T04**
4	c)		Elenco fonti di approvvigionamento convenzionali di risorsa idrica destinata alle utenze irrigue	GRD	Par. 2.4.2	**T04**
4	d)		Programma annuale di utilizzo della risorsa con indicazione del fabbisogno da parte delle utenze irrigue in termini di volumi e portate (espresso su base mensile)	GRD	Par. 2.2.4	**T03, T04**
4	e)		Tipologia sistema di irrigazione (nel rispetto delle prescrizioni dell'Art.12 del RR e del Codice di Buona Pratica Agricola)	GRD	Par. 2.2.1	**T04**
4	f)		Indicazioni sulle possibili limitazioni d'uso del territorio e sulla suscettività di determinati terreni o colture all'irrigazione con acque aventi le caratteristiche previste	GRD	Par. 2.2.3	-

[24] Informazione da includere in *relazioni specialistiche redatte da agronomo, perito agrario o agrotecnico e da un geologo, iscritti ai rispettivi Albi Professionali, o da Enti, Istituzioni e Agenzie Regionali competenti in materia*

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

3 – Coordinamento dei Soggetti responsabili

COMMA	LETTERA	PUNTO	TIPO DI INFORMAZIONE Rif.: **RR 8 / 2012**, Articolo **5**	Soggetto responsabile	Rif.: **PdG** INT	EST
4	**g)**		Indicazioni sull'eventualità di modificare alcuni valori limite dei parametri chimico-fisici della Tabella 2 dell'Allegato 1	GRD		-
4	**h)**		Sistemi adottati per compensare eventuali sbilanciamenti delle portate di recupero e di riutilizzo (invasi, accumuli, scarichi alternativi, riutilizzi alternativi all'uso irriguo)	GRD		-

3.2 Valutazione di conformità della documentazione acquisita

Al momento dell'ultima revisione corrente (ottobre 2016) della presente bozza di PdG, tutti i Soggetti interessati hanno prodotto e reso disponibile la documentazione necessaria di propria competenza ai sensi del Regolamento Regionale, fermi restando gli obblighi di aggiornamento e trasmissione delle informazioni dettagliati nel paragrafo 4.4 , in attesa del nuovo protocollo operativo per il campionamento degli scarichi (in preparazione da parte del soggetto competente al controllo).

REGIONE PUGLIA Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'ambiente SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

4 Piano di Monitoraggio e Controllo

Il presente capitolo costituisce il *Piano di Monitoraggio e Controllo* previsto dall'Art. 5, comma 2, lettera n) del Regolamento Regionale n. 8 del 18 aprile 2012, redatto dalla Regione Puglia, Soggetto Responsabile della redazione del Piano di Gestione, coerentemente con le indicazioni dell'Allegato 4 al suddetto Regolamento.

Sono di seguito individuati (par. 4.1) i controlli sulla qualità dei reflui affinati, distinti tra *controlli di conformità* ed *autocontrolli*, che Soggetto competente al controllo e **Gestore dell'impianto di recupero** (di seguito ***GIR***) devono eseguire, ai sensi dell'Art. 7 del D.M. 185/03.

È inoltre descritta (par. 4.2) l'attività di monitoraggio che, ai sensi dell'Art. 11 del D.M. 185/03, è in capo al **Gestore della rete di distribuzione** (di seguito ***GRD***), ai fini della verifica dei parametri chimici e microbiologici delle acque reflue recuperate che vengono distribuite e degli effetti ambientali, agronomici e pedologici del riutilizzo.

Posto che alcune delle attività di monitoraggio di seguito descritte sono temporalmente vincolate allo specifico andamento della stagione irrigua, sulla base del programma di utilizzo riportato nel par. 2.2.4 (a pag. 32) si definisce

- *inizio della stagione irrigua*, una data immediatamente antecedente il mese di maggio
- *fine della stagione irrigua*, una data immediatamente seguente il mese di settembre.

Nel paragrafo 4.3 (a pag. 64) si propone infine un prospetto riepilogativo di tutte le attività di monitoraggio e controllo previste.

4.1 Programma di controllo delle acque reflue recuperate

Il presente programma di controllo stabilisce il numero **minimo** di controlli di conformità e di autocontrolli da effettuare **annualmente**[25] al fine di valutare la conformità delle acque reflue in uscita dall'impianto di recupero e destinate al riutilizzo rispetto ai limiti di cui all'Allegato 1 del Regolamento Regionale.

4.1.1 Controlli di conformità

Per *controllo di conformità* si intende, ai sensi dell'Allegato 4 al RR 8/2012, il *prelievo di campioni e relativi accertamenti analitici come effettuati dal Soggetto competente al controllo (e dallo stesso **GIR** qualora garantisca un sistema di rilevamento e di trasmissione dati all'ARPA ritenuto idoneo da quest'ultimo, sentita la Provincia*[26]*), finalizzato ad effettuare la verifica di conformità;* premesso che:

- il numero minimo di campionamenti e determinazioni dei parametri della **Sezione 1**[27] della Tabella 1 dell'Allegato 1 del RR 8/2012 è fissato in base alla dimensione dell'impianto, intesa come *carico destinato al trattamento secondario*; nello specifico dell'impianto di **Acquaviva delle Fonti** questo risulta **inferiore a 50.000 A.E**;
- i **campionamenti** andranno effettuati dal Soggetto competente al controllo e dal **GIR** nel rispetto delle suddette condizioni: il suddetto Soggetto dovrà dunque stabilire l'idoneità del sistema e delle modalità di rilevamento e di trasmissione dei dati da parte del **GIR**;
- nella fase di primo avvio del sistema di riutilizzo, come indicato nell'Allegato 4 del RR 8/2012 (punto 1.1), il ruolo del **GIR** è limitato al prelievo dei campioni, mentre al Soggetto competente al controllo compete l'analisi di tutti i campioni previsti nel programma di controllo;
- il Soggetto competente al controllo individua la data di entrata **a regime** del programma, estendendo il concorso del **GIR** anche alla fase di analisi dei campioni prelevati.
- la ripartizione percentuale dei campioni è stabilita in uno specifico accordo tra i soggetti interessati; in ogni caso la quota dei campioni annui a carico del **GIR** non potrà essere

[25] da intendersi in relazione alla stagione irrigua come sopra definita
[26] ora *Città Metropolitana di Bari*
[27] trattasi dei parametri *SST, BOD_5, COD, Escherichia Coli* e *Salmonella*

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

superiore al **50%** del totale;

- è di totale competenza del Soggetto competente al controllo la verifica del rispetto dei limiti per i parametri indicati nella **Sezione 2** della Tabella 1 dell'Allegato 1 del Regolamento Regionale;
- per il controllo della conformità dei limiti indicati nella Tabella 1 dell'Allegato 1 vanno considerati i campioni medi ponderati nell'arco delle 24 ore; alla scelta della durata del campionamento, del numero dei prelievi e della loro frequenza, provvede la Città Metropolitana di Bari di concerto con il Soggetto competente al controllo, sentito il GIR, sulla base delle specificità dell'impianto; tali aspetti dovranno essere desunti da una ricognizione accurata della situazione impiantistica presente.

Tutto ciò premesso, tenuto conto che la frequenza minima dei controlli sui parametri della Tabella 1 dell'Allegato 1 al RR è riportata nella Tabella 3 dell'Allegato 4 allo stesso Regolamento, per il sistema oggetto del presente Piano di Gestione:

- è stabilito in **8** il numero complessivo minimo di controlli annuali relativi ai parametri della **Sezione 1** della Tabella 1 dell'Allegato 1 al RR 8/2012, di cui:
  - **4** campioni / anno da parte del Soggetto competente al controllo;
  - **4** campioni / anno di competenza **GIR**;
- è stabilito in **4** il numero minimo di controlli annuali relativi ai parametri della **Sezione 2** della Tabella 1 dell'Allegato 1 al RR 8/2012, interamente spettanti al Soggetto competente al controllo.

Nelle more dell'approvazione del protocollo operativo redatto a seguito di specifico accordo tra i soggetti interessati (come previsto al punto 1.1 dell'Allegato 4 al RR), il GIR effettuerà anche i controlli di conformità (prelievo e analisi) di competenza del Soggetto competente al controllo.

4.1.2 Giudizio di conformità

Il giudizio di conformità delle acque reflue urbane affinate destinate al riutilizzo è rilasciato dalla Città Metropolitana di Bari, sulla base della valutazione di conformità dei campioni effettuata dal Soggetto competente al controllo, secondo il presente programma annuale di controllo.

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

4.1.3 Autocontrolli

In relazione agli autocontrolli sui parametri della Tabella 1 dell'Allegato 1 al Regolamento Regionale, il **GIR** deve assicurare le frequenze minime indicate nella Tabella 4 del RR e riportate nelle seguenti Tabella 14 e Tabella 15.

Tutti i risultati degli autocontrolli effettuati dal **GIR** devono essere registrati, archiviati su supporto informatico e conservati. Devono essere messi a disposizione dell'Autorità di controllo e vanno, in ogni caso, trasmessi alla Città Metropolitana di Bari secondo le modalità specificate nella autorizzazione allo scarico con finalità di riutilizzo di cui all'Allegato 3 del Regolamento Regionale.

In aggiunta ai suddetti autocontrolli di base, la Città Metropolitana di Bari ed il soggetto competente al controllo possono disporre ulteriori controlli per specifiche esigenze ai sensi dell'art. 18 comma 7 del RR n. 8/12.

*Tabella 18: Frequenza minima autocontrolli sui parametri della **Sezione 1** (a carico del GIR)*

Parametro (**Sez. 1** Tab. 1 All.1)	**Frequenza di campionamento minima**				
	giornaliera	quindicinale	mensile	semestrale	annuale
Solidi sospesi totali		X			
BOD5		X			
COD		X			
Escherichia coli		X			
Salmonella		X			

*Tabella 19: Frequenza minima autocontrolli sui parametri della **Sezione 2** (a carico del GIR)*

Parametro (**Sez. 2** Tab. 1 All.1)	**Frequenza di campionamento minima**				
	giornaliera	quindicinale	mensile	semestrale	annuale
pH		X			
SAR			X		
Materiali grossolani	X				
Conducibilità elettrica		X			
Alluminio					X
Arsenico				X	
Bario					X
Berillio					X
Boro				X	
Cadmio				X	
Cobalto					X
Cromo totale				X	
Cromo VI				X	
Ferro					X
Manganese					X
Mercurio				X	
Nichel					X
Piombo				X	

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

4 – Piano di monitoraggio e controllo

Parametro (Sez. 2 Tab. 1 All.1)	Frequenza di campionamento minima				
	giornaliera	quindicinale	mensile	semestrale	annuale
Rame					X
Selenio					X
Stagno					X
Tallio					X
Vanadio					X
Zinco					X
Cianuri totali (CN)				X	
Cloro attivo libero				X	
Solfuri (come H_2S)			X		
Solfiti (come SO_3)			X		
Solfati (come SO_4)			X		
Cloruri			X		
Fluoruri			X		
Fosforo totale		X			
Azoto totale		X			
Azoto ammoniacale		X			
Grassi ed oli an. e vegetali				X	
Oli minerali				X	
Fenoli totali					X
Pentaclorofenolo					X
Aldeidi totali					X
PCE					X
TCE					X
Benzene					X
Benzo(a)pirene					X
Solventi org. Aromatici tot					X
Solventi org. azotati totali					X
Tensioattivi totali					X
Pesticidi clorurati					X
Pesticidi fosforati					X
Altri pesticidi totali					X
Trialometani					X
Solventi clorurati totali					X
Litio					X
Molibdeno					X

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

4.1.4 Gestione dei fuori norma

La gestione di eventuali fuori norma è definita nelle procedure del *Piano Operativo di Sicurezza e Intervento per la gestione delle emergenze* previsto dall'Art. 5, comma 2, lettera o) del Regolamento Regionale, che riporta, tra l'altro:

1. descrizione dei sistemi di controllo automatici e non dei fuori norma;
2. descrizione dei sistemi di scarico e di accumulo d'emergenza;
3. descrizione sistemi di blocco automatico e non della distribuzione;
4. procedure e tempistiche di comunicazione e segnalazione dei fuori norma agli Enti autorizzatori, all'ARPA, alla Provincia, al Soggetto **GRD** e agli utenti interessati;
5. descrizione dei sistemi di monitoraggio per la verifica della cessata emergenza;
6. eventuali sistemi alternativi atti a garantire il soddisfacimento della domanda di risorsa nel caso di interruzione dell'erogazione delle acque recuperate.

Per i dettagli tecnici e procedurali si rimanda al suddetto documento, regolarmente prodotto dal **GIR** (Acquedotto Pugliese S.p.A.) e acquisito agli atti (doc. **T13**).

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale REGIONE PUGLIA Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

4.2 Monitoraggio dell'attività di riutilizzo

4.2.1 Autocontrolli minimi sui parametri chimici e microbiologici delle acque distribuite

Come previsto al punto 2.1 dell'Allegato 4 al Regolamento Regionale, il **GRD** provvede ai controlli sui parametri di cui alla **Sezione 1** della Tabella 1 dell'Allegato 1 al RR (riportata a pag. 42), eseguendo almeno **una misurazione per bimestre**.

4.2.2 Verifica degli effetti ambientali del riutilizzo

Ai fini della verifica di impatto ambientale, il **GRD** è tenuto a svolgere, ai sensi dell'Art. 11 del D.M. 185/2003, una attività di monitoraggio che può consistere in:

- analisi delle parcelle irrigue (quella più vicina e quella più distante dal punto di consegna dell'affinato alla rete di distribuzione, ed in altri punti di campionamento da stabilirsi);
- analisi del suolo e dei prodotti agricoli.

Le analisi delle parcelle irrigue possono essere di tipo:

- microbiologico (coli fecali, coli totali, streptococchi fecali)
- chimico (cloro/acido per acetico residuo, COD, SAR, solidi sospesi)

Per quel che riguarda il **suolo**, il Regolamento Regionale indica che su campioni prelevati all'inizio ed alla fine della stagione irrigua si possono prevedere analisi:

- chimico-fisiche, ad esempio sui parametri
  - pH;
  - tessitura (sabbia, limo e argilla);
  - sostanza organica (%);
  - carbonio (%)
  - azoto totale (%)
  - fosforo assimilabile (ppm P_2O_5);
  - sodio assimilabile (mEq/100 g Na);
  - potassio assimilabile (mEq/100 g K_2O).
- microbiologiche, sui parametri
  - coliformi totali (UFC/100 ml);
  - coliformi fecali (UFC/100 ml);
  - streptococchi fecali (UFC/100 ml).

Le analisi sui suoli devono essere effettuate a inizio e fine stagione irrigua per valutare eventuali fenomeni di modifica della struttura chimico-fisica del terreno, con particolare attenzione al possibile accumulo di metalli ed eventuale incremento di salinità.

Per quel che concerne l'analisi dei **prodotti agricoli**, il Regolamento Regionale indica che su campioni prelevati al momento della raccolta (avvenuta in tre momenti diversi del ciclo colturale) e dopo uno stoccaggio di 7-13 giorni si possono prevedere analisi:

- microbiologiche, sui parametri
  - coliformi totali e fecali (UFC/100 cm^2);
  - streptococchi fecali (UFC/100 cm^2);
  - presenza di Salmonella;
  - presenza di Vibrioni;
  - presenza di uova di elminti.

Sulla base delle suddette indicazioni generali e al fine di monitorare in modo esaustivo gli eventuali effetti ambientali del riutilizzo, tenuto conto delle specificità del sistema e del comprensorio agricolo interessato come dettagliate dai Soggetti Responsabili, **si prevede per**

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

comprensori di Acquaviva l'attuazione da parte del **GRD** del monitoraggio periodico chimico-fisico e microbiologico delle seguenti matrici:

- terreno superficiale di **4** distinte postazioni in parcelle regolarmente irrigate con l'acqua affinata (almeno una per ognuno dei 4 comprensori irrigui descritti nel 2.4.4 a pag. 48), nonché di un'ulteriore postazione prossima o interna alle aree interessate, affine per pedologia e utilizzo, ma NON interessata dall'irrigazione con acque affinate (postazione di *bianco*);
- prodotti agricoli (frutti e foglie) di piante sviluppatesi presso le suddette 5 postazioni; posto che la coltivazione maggiormente presente (oltre 60%) all'interno nel comprensorio interessato dal riutilizzo è la vite, si preveda campionamento e analisi di:
  - frutti e foglie di vite, da 3 postazioni (tra cui il bianco)
  - drupe e foglie di olivo, da almeno una postazione;
  - drupe e foglie di ciliegio, da almeno una postazione.

I prelievi e le analisi di terreno andranno effettuati all'inizio e al termine della stagione irrigua, mentre quelli di prodotto agricolo anche in una fase intermedia del ciclo colturale e dopo eventuale stoccaggio di 7-13 giorni; l'ubicazione delle postazioni dovrà essere riportata su apposita cartografia da allegare alla comunicazione periodica degli esiti del programma di controllo, congiuntamente ai riferimenti catastali delle relative particelle.

Il criterio di scelta delle postazioni di campionamento, lo stato dei luoghi e le modalità di campionamento del terreno e del materiale vegetale dovranno essere altresì documentati nel rapporto periodico di cui al seguente paragrafo.

I campioni di **terreno** dovranno essere sottoposti alla determinazione di parametri correlabili alle caratteristiche dell'acqua riutilizzata e del terreno locale, ferma restando la determinazione di un dataset minimo (*base*) costituito dai seguenti parametri chimico-fisici

- pH
- tessitura (caratterizzazione granulometrica);
- sostanza organica (%) e carbonio (%)
- azoto totale (%)
- fosforo assimilabile (mg/kg P_2O_5);
- basi scambiabili (Na, K, Mg e Ca) (mg/kg);
- microelementi assimilabili (mEq/100 g);
- metalli pesanti totali (mg/kg);
- cloruri, nitrati, solfati, fluoruri (mg/kg)
- composti organici clorurati (mg/kg);

e microbiologici:

- Escherichia Coli (UFC/100 ml)
- Salmonella

I rapporti di prova, da allegare al report periodico dell'attività di monitoraggio, dovranno riportare anche stime di incertezza e, per i parametri normati, le relative Concentrazioni Soglia di Contaminazione (CSC), con riferimento alla Colonna A della Tabella 1 all'Allegato 5 della Parte IV del D.Lgs. 152/2006.

I campioni di **prodotto agricolo** dovranno essere sottoposti alla determinazione di parametri correlabili alla composizione media da letteratura (da descrivere almeno nel primo report periodico), ferma restando la determinazione di un dataset base costituito dai seguenti parametri chimico-fisici (per i quali il Regolamento CE n.1881 del 19 dicembre 2006 indica i tenori massimi nei prodotti alimentari):

- nitrati, in mg NO_3/kg;
- Pb, Cd, Hg, Sn (in mg/kg).

nonché dei parametri microbiologici:

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

- *Escherichia Coli*, indicato quale riferimento per la valutazione della qualità dei prodotti alimentari (categoria *frutta e ortaggi*) nel Regolamento CE n.2073 del 15 novembre 2005 (*Criteri microbiologici applicabili ai prodotti alimentari)*
- Salmonella
- presenza di uova di elminti e conta numerica[28];
- presenza di uova e larve di nematodi (cfr. linee guida OMS 1996);
- presenza di protozoi[29]; in particolare, si suggerisce valutazione (negativo/positivo) di protozoi di tipo *Giardia*.

Relativamente al monitoraggio della matrice **acque sotterranee**, posto che si è verificata una soggiacenza locale della superficie piezometrica dell'ordine di 200 m, largamente cautelativa in relazione ad eventuali fenomeni di contaminazione, si richiede al GRD:

- di effettuare un censimento delle opere di captazione (pozzi ad uso irriguo o idropotabile) presenti all'interno e/o in prossimità dei propri comprensori, possibilmente acquisendo informazioni minime sulla geometria di completamento e le modalità di utilizzo;
- di procedere al campionamento e all'analisi di acqua sotterranea, da due dei quattro pozzi a disposizione; i campionamenti andranno effettuati in concomitanza delle campagne di prelievo di campioni di terreno (all'inizio e al termine della stagione irrigua); i risultati delle analisi saranno confrontati con le CSC previste dalla Tabella 2 all'Allegato 5 della Parte IV del D.Lgs. 152/2006.

Il GRD sarà tenuto a comunicare alla Regione, prima dell'avvio della seconda stagione irrigua autorizzata, posizione e caratteristiche degli eventuali ulteriori punti di monitoraggio identificati, nonché a includere i risultati delle analisi effettuate nella relazione annuale prevista al par. 4.4

[28] in casi analoghi effettuata su 100 g di parte edibile sottoposta a lavaggio e concentrazione mediante centrifugazione, chiarificazione con Percoll-saccarosio e identificazione mediante immunofluorescenza

[29] In casi analoghi effettuata con metodo della filtrazione su cartuccia con eluizione e lettura microscopica per immunofluorescenza (Istisan 00/14 Pt.2)

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

4.3 Schema riepilogativo

Le attività di monitoraggio definite nei precedenti paragrafi sono di seguito riepilogate.

Tabella 20: Prospetto riassuntivo delle attività del piano di monitoraggio

Attività	Matrice e modalità	Soggetto responsabile	Quantità e frequenza minime	Note
	Programma di controllo delle acque reflue recuperate (par. 4.1)			
Controlli di conformità[30]	Campionamento e analisi su A.R. in uscita dall'impianto	**GIR**	**4** campioni/anno	Determinazione 5 parametri **Sezione 1** di Tab. 1 dell' Allegato 1 al R.R. 8/2012
	Campionamento e analisi su A.R. in uscita dall'impianto	**Soggetto competente al controllo**	**4** campioni/anno	Determinazione 5 parametri **Sezione 1** di Tab. 1 dell' Allegato 1 al R.R. 8/2012 + Determinazione 52 parametri **Sezione 2** di Tab. 1 dell' Allegato 1 al R.R. 8/2012
Autocontrolli	Campionamento e analisi su A.R. in uscita dall'impianto	**GIR**	Frequenze variabili definite in Tabella 4 del R.R. (riportate nelle tabelle del presente PdG)	Determinazione 5 parametri **Sezione 1** di Tab. 1 dell' Allegato 1 al R.R. 8/2012 + Determinazione 52 parametri **Sezione 2** di Tab. 1 dell' Allegato 1 al R.R. 8/2012
	Monitoraggio attività di riutilizzo (par. 4.2)			
Autocontrolli	Campionamento e analisi su A.R. distribuite alle utenze	**GRD**	**6** campioni/ anno (freq. bimestrale)	Determinazione 5 parametri **Sezione 1** di Tab. 1 dell' Allegato 1 al R.R. 8/2012
Verifica effetti ambientali del riutilizzo	Campionamento e analisi terreni	**GRD**	2 campioni/anno su **5** postazioni (4 particelle irrigue + 1 bianco)	Determinazione parametri chimico-fisici e micro-biologici riportati nel par. 4.2.2
	Campionamento e a analisi campioni di prodotti vegetali	**GRD**	**3-4** campioni/anno su **5** postazioni (4 particelle irrigue + 1 bianco)	Determinazione parametri chimico-fisici e micro-biologici riportati nel par. 4.2.2
	Campionamento e analisi acque di falda[31]	**GRD**	**2** campioni/anno su 2 postazioni (valle e monte)	Determinazione parametri Tabella 2 all'Allegato 5 della Parte IV del D.Lgs. 152/2006

[30] Nelle more dell'approvazione del protocollo operativo redatto dall'Ente competente al controllo e/o della definizione di specifico accordo tra i soggetti interessati, il GIR effettuerà anche i controlli di conformità (prelievo e analisi) di competenza del soggetto competente

[31] *... qualora i Soggetti Responsabili identifichino due pozzi prossimi al comprensorio e rappresentativi delle condizioni di monte/valle di una falda locale potenziale recettore di contaminazione* (par. 4.2.

REGIONE PUGLIA Dip. Agricoltura, Sviluppo rurale e tutela dell'ambiente - Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

4.4 Trasmissione delle informazioni

I risultati dei controlli di conformità sulla qualità dell'affinato indicati nel paragrafo 4.1.1 e gli esiti del monitoraggio sulle attività di riutilizzo descritto nei paragrafi 4.2.1 e 4.2.2 sono trasmessi a cadenza annuale dai Soggetti Responsabili (ARPA Puglia, GIR e GRD) alla Città Metropolitana di Bari, soggetto responsabile dei controlli.

La Città Metropolitana provvede all'archiviazione dei dati ed alla trasmissione degli stessi alla struttura regionale (*Sezione Risorse Idriche*) preposta all'attuazione degli obiettivi e delle misure del PTA che ne cura, anche attraverso l'implementazione di banche dati informatizzate, la messa a disposizione ai soggetti terzi che ne facciano richiesta. Le modalità di trasmissione dei dati sono specificate nel *Protocollo di Intesa*, di cui all'art. 21 del Regolamento (**Allegato 1**).

Il GIR e il GRD sono comunque tenuti a redigere una relazione annuale contenente dati e valutazioni relativi al monitoraggio tecnico-economico ed ai risultati di gestione, da trasmettere, entro il 31/12 di ogni anno, alla Regione Puglia ed all'AIP, ai sensi dell'Art. 15 del suddetto *Protocollo di Intesa* (il GIR dovrà trasmettere copia della propria relazione anche al GRD).

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - REGIONE PUGLIA - Sezione Risorse Idriche

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

ALLEGATO 1

Allegato 1 – Programma di riutilizzo

al

Piano di Gestione del sistema di riutilizzo
delle acque reflue recuperate
(R.R. 18 aprile 2012, n.8)

-

Comune di
Acquaviva delle Fonti (BA)

-

Programma di riutilizzo della risorsa idrica affinata.
Ipotesi per il primo anno di funzionamento del sistema
(stagione irrigua **2017**)

-

Volumi di acqua affinata da riutilizzare ***R***,
in relazione al volume ***V*** di acqua *grezza* (emunta da pozzi)

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

ALLEGATO 1

Mese	Volume di A.R. affinata		Volume di acqua grezza		V_{TOT} [m^3 / mese]
	R_{Mens} [m^3 / mese]	R_{Giorn} [m^3 / giorno]	V_{Mens} [m^3 / mese]	V_{Giorn} [m^3 / giorno]	
MAGGIO	14'997	484	14'997	484	29'994
GIUGNO	47'077	1569	47'077	1569	94'154
LUGLIO	77'572	2502	77'572	2502	155'144
AGOSTO	53'222	1717	53'222	1717	106'444
SETTEMBRE	31'604	1053	31'604	1053	63'208
TOTALE	224'472		224'472		448'944

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

ALLEGATO 2

Allegato 2 – Prospetto rapporti di prova acquisiti

al

Piano di Gestione del sistema di riutilizzo
delle acque reflue recuperate
(R.R. 18 aprile 2012, n.8)

-

Comune di
Acquaviva delle Fonti (BA)

-

Prospetto riassuntivo dei rapporti di prova forniti dal Gestore dell'Impianto
Anni 2015 e 2016

-

Sono evidenziati eventuali superamenti dei limiti del provvedimento autorizzativo
(Tabella 4 dell'Allegato 5 alla Parte III del D.Lgs. 152/2006)

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente REGIONE PUGLIA SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Allegato 2

Prospetto rapporti di prova forniti dal GDI - Anni 2015 e 2016

DATA prelievo →	28/01/15	28/01/15	26/01/15	26/02/15	26/02/15	26/02/15	10/03/15	10/03/15	10/03/15	5/05/15	5/05/15	5/05/15	25/05/15	25/05/15	25/05/15	9/06/15	9/06/15	9/06/15	9/07/15	9/07/15	9/07/15	9/07/15	6/08/15	6/08/15	6/08/15	3/09/15	3/09/15	3/09/15	8/10/15	8/10/15	8/10/15	17/11/15	17/11/15	17/11/15	14/12/15	14/12/15	14/12/15	14/01/16	14/01/16	14/01/16	11/02/16	11/02/16	11/02/16	23/03/16	23/03/16	23/03/16	14/04/16	14/04/16	14/04/16						
ID Rapporto →	2884	2885	2883	8121	8122	8123	9764	9765	9766	17503	17504	17506	20107	20108	20109	22319	22320	22321	27196	27197	27198	30953	30954	30955	34161	34162	34163	39552	39553	39554	45567	45568	45569	49321	49322	49323	1313	1314	1315	5694	5695	5697	12104	12105	12106	15163	15164						
Tipologia:																																																						
Affluente			•	•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•	•						
Effluente	•	•			•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•	•		•	•	•	•			•					
Medio C. 03h			•	•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•			•							
Medio C. 24h	•	•			•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•	•	•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•			•	•	•	•			•					
Prelevatore:																																																						
ARPA								•			•	•					•			•	•															•	•					•	•					•					
AQP (BA-BAT)	•	•	•	•	•	•	•		•	•			•	•	•	•		•	•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•				•	•	•								
Parametri:																																																						
BOD_5	•		•	•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•		•	•							
COD	•		•	•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•		•	•							
SST	•		•	•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•	•		•		•	•							
N_{tot}							•	•		•	•					•	•		•	•		•	•								•	•		•	•					•	•					•							
P_{tot}							•	•		•	•					•	•		•	•											•	•		•	•		•	•		•	•					•	•							
pH							•	•		•	•					•	•		•	•											•	•		•	•					•	•					•	•							
N ammoniacale							•			•						•			•												•			•						•						•								
N nitroso							•			•						•			•												•			•						•						•								
N nitrico							•			•						•			•												•			•						•						•								
Tensioattivi $_{tot}$								•									•														•	•			•		•				•					•								
Tensioattivi cation.								•									•														•	•			•		•				•					•								
Tensioattivi anionici								•									•														•	•			•		•				•					•								
Tensioattivi non ion								•									•														•	•			•		•				•					•								
Conducibilità								•			•						•			•												•			•						•					•								
Sodio								•			•						•			•												•			•						•					•								
Calcio								•			•						•			•												•			•						•					•								
Magnesio								•			•						•			•												•			•						•					•								
SAR								•			•						•			•												•			•						•					•								
Fluoruri								•			•						•			•								•				•			•						•					•								
Cloruri								•			•						•			•												•			•						•					•								
Solfati								•			•						•			•												•			•						•					•								
Alluminio								•			•						•			•												•			•						•					•								
Arsenico								•			•						•			•												•			•						•					•								
Bario								•			•						•			•												•			•						•					•								
Berillio								•			•						•			•												•			•						•					•								
Boro								•			•						•			•												•			•						•					•								
Cadmio								•			•						•			•												•			•						•					•								

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente REGIONE PUGLIA SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RU
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (

Allegato 2

Prospetto rapporti di prova forniti dal GDI - Anni 2015 e 2016

DATA prelievo →	26/01/15	26/01/15	26/01/15	26/02/15	26/02/15	26/02/15	10/03/15	10/03/15	10/03/15	5/05/15	5/05/15	5/05/15	25/05/15	25/05/15	25/05/15	9/06/15	9/06/15	9/06/15	9/07/15	9/07/15	9/07/15	6/08/15	6/08/15	6/08/15	6/09/15	6/09/15	6/09/15	3/09/15	3/09/15	3/09/15	8/10/15	8/10/15	8/10/15	17/11/15	17/11/15	17/11/15	14/12/15	14/12/15	14/12/15	14/01/16	14/01/16	14/01/16	11/02/16	11/02/16	11/02/16	23/03/16	23/03/16	23/03/16	14/04/16	14/04/16						
ID Rapporto →	2884	2885	2883	8121	8122	8123	9764	9765	9766	17503	17504	17506	20107	20108	20109	22319	22320	22321	27196	27197	27199	30553	30554	30555	34151	34152	34153	35552	35553	35554	45567	45568	45569	49321	49322	49323	1313	1314	1315	5684	5685	5687	12104	12105	15163	15164							
Cromo tot								•			•						•			•													•			•						•					•							
Ferro								•			•						•			•													•			•						•					•							
Manganese								•			•						•			•													•			•						•					•							
Nichel								•			•						•			•													•			•						•					•							
Piombo								•			•						•			•													•			•						•					•							
Rame								•			•						•			•													•			•						•					•							
Selenio								•			•						•			•													•			•						•					•							
Stagno								•			•						•			•													•			•						•					•							
Vanadio								•			•						•			•													•			•						•					•							
Zinco								•			•						•			•													•			•						•					•							
Mercurio								•			•						•			•													•			•						•					•							
Escherichia coli		•				•			•			•			•			•			•				•			•			•			•			•			•			•			•							
Test tossicità									•									•			•												•			•																			

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

PROTOCOLLO D'INTESA

tra

la **Regione Puglia**

la **Città Metropolitana di Bari**

il **Comune** di **Acquaviva delle Fonti**

l'**Autorità Idrica Pugliese**

l'**Acquedotto Pugliese S.p.A.**

"Assunzione in gestione ed avvio all'esercizio dell'Impianto di Affinamento per il riutilizzo in agricoltura delle acque reflue dell'impianto di depurazione a servizio del Comune di Acquaviva delle Fonti della Città Metropolitana di Bari da parte dell'Acquedotto Pugliese S.p.A., Gestore Unico del Servizio Idrico Integrato dell'Ente di governo d'ambito della Regione Puglia"

REGIONE PUGLIA - Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - SEZIONE RISORSE IDRICHE

L'anno 2016, il giorno ..... del mese di ....., in Bari,

tra

la *Regione Puglia*,

e

la Città Metropolitana di Bari,

e

il *Comune* di Acquaviva delle Fonti,

e

l'Autorità Idrica Pugliese, di seguito AIP,

e

l'Acquedotto Pugliese S.p.A., di seguito AQP,

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

PREMESSO

- che, in data 30 Settembre 2002 veniva stipulata tra l'AQP S.p.A. e il Commissario Delegato per l'emergenza socio - economica - ambientale in Puglia, ai sensi dell'O.M. 3184/2002, la "Convenzione per la Gestione del Servizio Idrico Integrato nell'Ambito Territoriale Ottimale Puglia", di seguito Convenzione del S.I.I.;
- che, con il predetto atto convenzionale e disciplinare allegato, sono stati definiti i rapporti inerenti la gestione del S.I.I. dell'ATO Puglia, di cui all'art. 8 L. R. 28/1999 e ss. mm. ed ii., con salvezza dell'esercizio dei poteri ordinari in materia da parte della Regione Puglia e dell'Autorità d'Ambito a seguito di sua costituzione;
- che, in data 20.12.2002 è stata istituita l'Autorità d'Ambito, denominata "ATO Puglia", avente personalità giuridica di diritto pubblico, mediante sottoscrizione di apposita Convenzione di Cooperazione regolante i rapporti fra Enti Locali dell'Ambito Territoriale Ottimale della Regione Puglia;
- che, l'art. 1 della Legge Regionale 26 marzo 2007, n. 8, recante "Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 6 settembre 1999, n. 28 (Delimitazione degli Ambiti Territoriali Ottimali e disciplina delle forme e dei modi di cooperazione tra gli enti locali, in attuazione della legge 5 gennaio 1994, n. 36)", ha stabilito che "I Comuni e le Province ricadenti nell'Ambito Territoriale Ottimale per le risorse idriche (ATO), al fine di garantire la gestione unitaria del Sistema Idrico Integrato (SII) secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità e per l'esercizio delle funzioni sopra riportate, costituiscono un Consorzio, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 31 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), sulla base dello schema di convenzione approvato dalla Regione";

- che, il Consorzio obbligatorio dell'ATO Puglia è stato costituito con delibera assembleare n.1 del 27 giugno 2008;
- che, con Legge Regionale n. 9 del 30.05.2011 è stata soppressa l'ATO Puglia e costituita l'Autorità Idrica Pugliese, ereditando quest'ultima funzioni e rapporti giuridici attivi e passivi dell'Autorità d'Ambito Territoriale Ottimale per la gestione del Servizio Idrico Integrato pugliese;
- che, con Legge regionale n. 27 del 21 ottobre 2008, concernente modifiche ed integrazioni alla L.R. 6 settembre 1999 n. 28, all'art. 1, è stato annoverato nella gestione del Sevizio Idrico Integrato – costituito dall'insieme dei servizi pubblici di captazione, adduzione e distribuzione di acque ad usi civili, di fognatura e di depurazione delle acque usate, l'affinamento delle acque reflue, laddove necessario a perseguire gli obiettivi di qualità stabiliti dal Piano di Tutela delle Acque;
- che, il Piano di Tutela delle Acque della Regione Puglia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 121 del D. Lgs. n.152/2006, è stato approvato in via definitiva con deliberazione del Consiglio Regionale n. 230 del 20 ottobre 2009;
- che, in attuazione alle Linee guida di cui all'Allegato 2 della delibera n. 230 del 20.10.2009, nella parte in cui disciplina gli impianti di riutilizzo delle acque reflue depurate e ai sensi dell'art. 1 della Legge regionale n. 27/2008, la Regione Puglia ha approvato il Regolamento regionale n. 8 del 18.4.2012 recante "Norme e misure per il riutilizzo delle acque reflue depurate";
- che, lo stesso citato Piano di Tutela, ai sensi dell'art. 5 del Decreto del Ministro dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare n. 185 del 12 giugno 2003, "Regolamento recante norme tecniche per il riutilizzo delle acque reflue, in attuazione dell'art. 26, comma 2, del D. Lgs. 11 maggio 1999, n. 15", ha definito un primo elenco degli impianti di depurazione delle acque reflue urbane da destinare al riutilizzo, già progettati o in fase di realizzazione o già esistenti, tra i quali risulta essere compreso l'impianto del Comune di Acquaviva delle Fonti, stabilendo i criteri di priorità;
- che, nell'ambito dell'attività di programmazione P.O. FESR 2007/2013 - azione 2.1.2 - il Servizio Sistema Idrico Integrato (già Ufficio Attuazione e Gestione del Servizio Tutela delle Acque della Regione Puglia) ha svolto un'attività ricognitiva sullo stato delle infrastrutture di affinamento esistenti sul territorio regionale e, in esito a detta attività ricognitiva, è emerso che la filiera per il recupero e il riutilizzo dei reflui, rivenienti dall'impianto di depurazione di Acquaviva delle Fonti, è in condizioni di piena efficienza;
- che, con deliberazione n. 2637 del 30 novembre 2010, la Giunta ha proceduto alla presa d'atto della ricognizione svolta;
- che, il documento di rimodulazione del Piano d'Ambito, approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'ATO Puglia in data 27 ottobre 2009, ha tra l'altro previsto, in coerenza con il PTA, il

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

programma di recupero e di riutilizzo delle acque reflue, stabilendo altresì che, con riferimento a questi impianti, può essere assegnata priorità di attivazione a quelli per i quali sussistono motivazioni d'urgenza e le condizioni per una tempestiva messa in esercizio;

- che, lo stesso documento di rimodulazione del Piano d'Ambito prevede che, una volta accertata la sussistenza delle condizioni per la messa in esercizio degli impianti, si procederà alla determinazione dei costi necessari alla loro gestione ai fini della revisione tariffaria;
- che, l'AQP S.p.A., ai sensi della Convenzione del S.I.I., è il Gestore dell' impianto depurativo dei reflui urbani a servizio dell'agglomerato di Acquaviva delle Fonti, il cui recapito finale è rappresentato, in linea con quanto previsto dal Piano di Tutela delle Acque, dal corpo idrico superficiale "Torrente Picone";
- che, il Comune di Acquaviva delle Fonti ha realizzato ed è proprietario di un impianto di affinamento per il riutilizzo in agricoltura delle acque reflue, individuato come un comparto di trattamento terziario, strettamente connesso con l'impianto di depurazione dei reflui urbani a servizio del Comune, allo stato attuale gestito dall'AQP S.p.A., in qualità di gestore del Servizio Idrico Integrato;
- che, tale impianto è in grado di restituire un refluo trattato adeguato ai limiti previsti dalla norma per la dispersione sul suolo (Tab. 4 dell'Allegato 5 alla Parte III del D.Lgs. n. 152/2006) e per il riutilizzo in agricoltura (tabella allegata al D.M. 185/2003);
- che, l'impianto di affinamento è costituito di fatto da una sezione dell'impianto di depurazione comprendente le stazioni di filtrazione e debatterizzazione UV, collettore di alimentazione dall'affinamento alla vasca di clorazione e pozzetto di derivazione per l'alimentazione dell'impianto di accumulo e sollevamento alla rete irrigua;
- che, l'impianto di affinamento ha, da progetto, una capacità massima di trattamento, espressa in termini idraulici, di 300 mc/h;
- che, ai sensi e per gli effetti dell'art.12, comma 2, del D.M. 12/06/2003 n.185, "l'acqua reflua recuperata è conferita dal titolare dell'impianto di recupero al titolare della rete di distribuzione senza oneri a carico di quest'ultimo";
- che, la relativa rete di distribuzione irrigua è gestita dal Comune di Acquaviva delle Fonti ed è funzionante;
- che l'acqua affinata, con un sistema di gravità, raggiunge la vasca di clorazione e quindi la vasca di raccolta e la stazione di pompaggio. A valle delle due vasche vi sono le condotte adduttrici divise in due circuiti idraulici, ciascuno dei quali serve n. 2 vasche

Tutto ciò premesso e considerato,

SI CONVIENE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

1. che, prima dell'avvio all'esercizio dell'impianto di affinamento per il riutilizzo in agricoltura delle acque reflue dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Acquaviva delle Fonti:
   a) con verbale di consegna ed allegato verbale di consistenza ed inventario, sottoscritto in data 21.04.2016, tra il Comune di Acquaviva delle Fonti e l'AQP, si è dato espressamente atto della consegna e della presa in carico dell'impianto in parola all'AQP S.p.a., sino al punto immediatamente a valle del pozzetto di derivazione alla vasca di accumulo per la distribuzione irrigua, ed al Comune di Acquaviva delle Fonti, per le restanti opere accessorie;
   b) la Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche - rilascerà, ai sensi dell'art.22 della Legge regionale n. 18 del 3.7.2012 e art. 16 del Regolamento regionale n. 8 del 18 aprile 2012, all'AQP S.p.A. ed al Comune di Acquaviva delle Fonti, la relativa **autorizzazione** per le attività previste dal presente protocollo, entro 30 (trenta) giorni dalla presentazione della idonea documentazione da parte dei soggetti competenti;
   c) l'AQP S.p.A. ed il Comune di Acquaviva delle Fonti, di concerto tra di loro, si impegnano ad adempiere a quanto di propria competenza ai fini dell'acquisizione della predetta autorizzazione entro 15 (quindici) giorni dalla sottoscrizione del presente protocollo;
   d) il Comune di Acquaviva delle Fonti dichiara che la risorsa idrica fornita a seguito della messa in esercizio dell'impianto di affinamento sarà destinata al soddisfacimento del fabbisogno irriguo di una superficie totale di circa 162 ettari tra le diverse colture orticole ed arboree esistenti, secondo il *"Programma annuale di utilizzo della risorsa irrigua"* allegato al *"Piano di Gestione del sistema di riutilizzo delle acque reflue depurate"*, indicante il fabbisogno di risorsa idrica da parte delle utenze irrigue in termini di volumi e portate, espresso su base mensile e riferito all'intera stagione irrigua;
2. che, **durante il periodo irriguo, i volumi idrici non richiesti dall'utenza irrigua**, così come i reflui depurati al di fuori di tale periodo, dovranno conseguire i limiti della Tab. 4, di cui all'Allegato 5 del D.Lgs. n.152/2006 previsti dal PTA, ed attenersi alle eventuali prescrizioni dettate dall'autorizzazione allo scarico rilasciata dalla Regione Puglia ed essere rilasciati nell'attuale recapito dell'impianto di depurazione, costituito dal corpo idrico superficiale "Torrente Picone";
3. che la vasca di accumulo posta in prossimità del depuratore non è dotata di **scarico di emergenza**.
4. che le eventuali **acque eccedenti il fabbisogno irriguo**, al completo riempimento della vasca di accumulo, tramite lo scarico di troppo pieno, siano deviate in uscita dall'impianto

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

verso l'attuale recapito dell'impianto di depurazione costituito dal corpo idrico superficiale "Torrente Picone";

5. che, la **gestione della rete di distribuzione irrigua** è di competenza del Comune di Acquaviva delle Fonti e/o del Soggetto gestore successivamente individuato dal suddetto Ente locale, mediante le procedure di cui al d.lgs. n. 50/2016.

Tutto quanto premesso, tra le parti come sopra costituite, si conviene e si stipula il presente "Protocollo d'intesa", così come segue:

ART. 1

Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente atto.

ART. 2

(Definizione dell'affidamento e stato di consistenza delle opere)

Oggetto del presente "Protocollo d'Intesa" è l'avvio all'esercizio dell'impianto di affinamento per il riutilizzo in agricoltura delle acque reflue dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato del Comune di Acquaviva delle Fonti della Città Metropolitana di Bari, realizzato come un comparto di trattamento terziario strettamente connesso con l'impianto di depurazione, composto essenzialmente dalla seguente filiera di trattamento:

1. Filtrazione
2. Debatterizzazione UV
3. Collettore di alimentazione dall'affinamento alla vasca di clorazione
4. Pozzettone di derivazione per l'alimentazione dell'impianto di accumulo e sollevamento alla rete irrigua;

Le opere di accumulo e sollevamento alla rete irrigua, poste a valle del pozzetto di derivazione e ricadenti all'interno del perimetro dell'impianto di distribuzione irrigua, diventano parte della rete irrigua in quanto funzionali alla stessa.

ART. 3

(Consegna dell'opera)

La consegna dell'impianto di affinamento dal Comune di Acquaviva delle Fonti all'Acquedotto Pugliese S.p.A. si intende avvenuta con il "Verbale di consegna del 21.04.2016" innanzi richiamato.

Le opere costituenti la sezione di affinamento, presenti all'interno del perimetro dell'impianto di depurazione, sono di proprietà del Comune di Acquaviva delle Fonti.

DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE SEZIONE RISORSE IDRICHE Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

ART. 4

(Avvio all'esercizio dell'opera)

Le parti danno atto che, l'avvio all'esercizio dell'impianto di affinamento di cui al presente protocollo avverrà con le modalità previste nell'autorizzazione regionale allo scarico, con specifica finalità al riutilizzo, a partire dalla stagione irrigua 2017 e secondo il "Piano di Gestione del sistema di riutilizzo delle acque reflue depurate" approvato dalla Regione Puglia con deliberazione di Giunta Regionale n ..... .

ART. 5

(Termini di validità del Protocollo d'Intesa)

L'affidamento in gestione dell'impianto di affinamento per il riutilizzo in agricoltura delle acque reflue dell'impianto di depurazione, a servizio dell'agglomerato del Comune di Acquaviva delle Fonti, ha durata per il medesimo periodo di validità della vigente Convenzione del S.I.I., richiamata nelle premesse, e quindi fino al 31/12/2018, fatte salve successive e diverse disposizioni emanate dalla Regione Puglia in merito alla competenza della gestione delle opere oggetto del presente protocollo.

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 70026 MODUGNO (BA)

ART. 6

(Tempi di consegna dei reflui affinati)

La consegna delle acque reflue trattate dall'impianto di affinamento, ai fini della distribuzione irrigua, avverrà nel periodo interessato di ogni anno così come indicato nel "*Programma annuale di utilizzo della risorsa irrigua*", predisposto dal Comune di Acquaviva delle Fonti, di cui al punto 1 lett. d) pag. 5 che precede.

Durante il periodo di cui al comma precedente, l'AQP si impegna a trattare nell'impianto di affinamento le acque reflue depurate compatibilmente con il carico idraulico di esercizio dell'impianto di depurazione ed a consegnarle al Comune di Acquaviva delle Fonti, che si impegna a prelevarle ed a distribuirle nel distretto irriguo.

Il Comune di Acquaviva delle Fonti si riserva la facoltà di modificare il "Programma annuale di utilizzo della risorsa irrigua" in relazione alla possibile mutazione delle esigenze degli utilizzatori finali, dandone comunicazione all'AQP S.p.A., all'AIP, alla Città Metropolitana di Bari e alla Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche con congruo anticipo rispetto all'inizio della stagione irrigua.

Nel caso in cui la portata trattata dall'impianto di depurazione risulti superiore a quella richiesta dal comparto irriguo, per le modalità di trattamento della quota parte eccedente, si farà riferimento a quanto richiamato nelle premesse, secondo cui: i volumi idrici non richiesti dall'utenza irrigua, nel periodo irriguo, non dovranno essere trattati dall'impianto di affinamento e questi, così come i reflui depurati durante il periodo di non utilizzo irriguo, dovranno conseguire i limiti della Tab. 4, di cui all'allegato 5 del D.Lgs. n.152/2006 previsti dal PTA, e, secondo le

eventuali prescrizioni dettate dall'autorizzazione allo scarico rilasciata dalla Regione Puglia, essere rilasciati nell'attuale recapito dell'impianto di depurazione, costituito dal corpo idrico superficiale Torrente Picone.

Il Gestore AQP assicurerà in ogni caso la custodia e la gestione manutentiva dell'impianto di affinamento anche al di fuori del periodo di cui al "Programma annuale di utilizzo della risorsa irrigua".

ART. 7

(Sospensione erogazione acque affinate)

Nel caso in cui, durante il periodo irriguo, per qualsivoglia motivo l'AQP dovesse sospendere la fornitura delle acque trattate ne darà preventiva comunicazione al Comune di Acquaviva delle Fonti, alla Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche, all'AIP, all'ARPA Puglia ed alla Città Metropolitana di Bari con congruo anticipo, indicando i tempi di non utilizzazione della risorsa e la relativa motivazione.

Nell'ipotesi di cui al comma precedente, nulla a qualsiasi titolo sarà dovuto da AQP in favore del Comune di Acquaviva delle Fonti.

L'AQP si riserva la facoltà di sospendere in parte o in tutto l'erogazione delle acque affinate, anche senza preventiva comunicazione e senza che ciò possa comportare motivo di richiesta di risarcimento ad alcun titolo da parte del Comune di Acquaviva delle Fonti, esclusivamente nel caso di improvviso malfunzionamento dell'impianto di depurazione e/o di affinamento per cause impreviste ed imprevedibili non riconducibili alla volontà del gestore AQP.

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 8/6 - 70026 MODUGNO (BA)

ART.8

(Sospensione trattamenti di affinamento)

Qualora durante il periodo di impiego delle acque affinate il Comune di Acquaviva delle Fonti per motivi di opportunità, decida di non utilizzare in parte o in tutto la risorsa, ne dovrà dare comunicazione all'AQP, alla Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche, all'AIP, all'ARPA Puglia ed alla Città Metropolitana di Bari, indicando i tempi di non utilizzazione della risorsa e la relativa motivazione.

Il Gestore AQP, pertanto, nei tempi di cui al comma precedente, sospenderà i trattamenti di affinamento limitandosi, a sensi dell'art. 8 del D.M. 185/03 e dell'art. 14 del R.R. n. 8/2012, a restituire all'ambiente un refluo secondo i limiti della Tab. 4 di cui all'allegato 5 del D.Lgs. n.152/2006 previsti dal PTA e secondo le eventuali prescrizioni dettate dall'autorizzazione allo scarico rilasciata dalla Regione Puglia.

L'AQP si riserva altresì di sospendere i trattamenti di affinamento, limitandosi, ai sensi dell'art.8 del D.M. 185/03 e art. 14 del R.R. n. 8/2012, a restituire all'ambiente un refluo secondo i

limiti della Tab. 4 di cui all'allegato 5 del D.Lgs. n.152/2006 previsti dal PTA e secondo le eventuali prescrizioni dettate dall'autorizzazione allo scarico rilasciata dalla Regione, qualora, anche in mancanza di comunicazione da parte del Comune di Acquaviva delle Fonti, dovesse verificare che la risorsa affinata non venga prelevata in parte o in tutto, per un tempo superiore a 48 ore durante la stagione irrigua nel periodo di cui al "Programma annuale di utilizzo della risorsa irrigua".

Prima di sospendere i trattamenti l'AQP ne darà preventiva comunicazione al Comune di Acquaviva delle Fonti, alla Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche, all'AIP, all'ARPA Puglia ed alla Città Metropolitana di Bari.

Ai fini di consentire tutte le comunicazioni di cui ai precedenti artt. 6,7, 8 e successivi artt. 9 e 10, tra i Soggetti interessati, l'AQP e il Comune, entro la fine del mese di gennaio di ogni anno e comunque prima dell'inizio della stagione irrigua, comunicheranno i nomi dei referenti e i relativi recapiti telefonici e indirizzi e-mail. Qualora tali riferimenti dovessero mutare durante la stagione irrigua, il Comune ed AQP ne dovranno dare immediata comunicazione.

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

ART. 9

(Controlli di qualità delle acque reflue affinate ai fini del riutilizzo)

Il Gestore dell'impianto di affinamento, AQP, fatta salva la verifica di funzionamento degli impianti a regime, ha l'obbligo di effettuare gli autocontrolli di competenza - ai sensi dell'art. 7 del DM 185/03 e art. 18, comma 3 del R.R. n. 8/2012 - e di rispettare i requisiti di qualità dell'effluente dell'impianto di affinamento, nel punto di consegna dei volumi idrici destinati all'utenza irrigua, durante il periodo di utilizzazione della risorsa, secondo le modalità e la frequenza prescritte dall'autorizzazione allo scarico con finalità di riutilizzo rilasciata dalla Regione.

La Regione prescriverà, nel nuovo provvedimento autorizzativo allo scarico con finalità di riutilizzo, la modalità e la frequenza dei controlli, ai sensi degli artt. 7 e 11 del DM 185/03 e dell'art. 18 del R.R. n. 8/2012, che dovranno essere effettuati dal gestore AQP per quanto riguarda l'impianto di affinamento e dal gestore Comune di Acquaviva delle Fonti per quanto riguarda la rete di distribuzione irrigua, come da Piano di Monitoraggio e Controllo.

Il Gestore AQP dell'impianto di affinamento dovrà provvedere all'immediata sospensione della consegna alla distribuzione irrigua del refluo in uscita dal trattamento di affinamento qualora, nel corso dei controlli, risultino verificarsi le condizioni sospensive di cui all'autorizzazione allo scarico, dandone immediata comunicazione all'AIP, alla Città Metropolitana di Bari, alla Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche, all'ARPA Puglia, al Comune di Acquaviva delle Fonti, quale gestore della rete di distribuzione irrigua.

Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente
REGIONE PUGLIA
SEZIONE RISORSE IDRICHE

Ai sensi del presente articolo, il punto di consegna alla rete di distribuzione irrigua è individuato nel punto immediatamente a valle del pozzetto di derivazione alla vasca di accumulo per la distribuzione irrigua.

Il Comune di Acquaviva delle Fonti, in qualità di gestore della rete di distribuzione, in esecuzione di quanto disposto dall'art. 11 del DM n. 185/2003 e dall'art. 18 del R.R. n. 8/2012, effettuerà, comunque, all'inizio ed al termine della stagione irrigua, il monitoraggio dell'acqua distribuita, ai fini della verifica dei parametri chimici e microbiologici delle acque reflue recuperate che vengono distribuite e degli effetti ambientali, agronomici e pedologici del riutilizzo e trasmetterà i risultati di tali analisi alla Regione Puglia, Sezione Risorse Idriche e Sezione Agricoltura, con cadenza annuale, così come previsto dalla normativa vigente e secondo il R.R. n. 8/2012.

I campionamenti da parte del Comune di Acquaviva delle Fonti dovranno essere concordati preventivamente ed essere effettuati in contraddittorio con il personale responsabile che verrà indicato da AQP. Allo scopo il Comune di Acquaviva delle Fonti predisporrà un calendario dei campionamenti da effettuare che consegnerà ad AQP e dovrà fare tempestiva comunicazione di ogni variazione apportata allo stesso.

I campionamenti, salvo casi eccezionali, dovranno essere effettuati nel corso degli ordinari orari lavorativi.

Si stabilisce sin da ora che i campionamenti verranno effettuati nel pozzetto di uscita della vasca di clorazione a mezzo autocampionatore automatico.

Lo stesso Comune di Acquaviva delle Fonti provvederà all'immediata comunicazione all'AIP, alla Città Metropolitana di Bari, alla Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche, all'ARPA Puglia, ed al Gestore dell'impianto di affinamento AQP di eventuali anomalie rilevate nel corso delle attività di monitoraggio.

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

ART. 10

(Comunicazione interventi manutentivi)

L'AQP, oltre ai lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria dell'impianto stesso, che ove incidenti sul processo di affinamento verranno preventivamente comunicati al Comune di Acquaviva delle Fonti oltre che all'AIP, alla Città Metropolitana di Bari, alla Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche ed all'ARPA Puglia, si riserva la facoltà di intervenire a sua insindacabile discrezione sui processi di depurazione ed affinamento, senza che la stipula del presente protocollo possa costituire ostacolo alcuno.

L'AQP si impegna a comunicare al Comune di Acquaviva delle Fonti, all'AIP, alla Città Metropolitana di Bari, alla Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche ed all'ARPA Puglia, con

congruo anticipo ogni eventuale intervento manutentivo che possa incidere sulla qualità e quantità dell'effluente affinato, specificandone la natura, fermo restando il rispetto dei limiti della Tab. 4 di cui all'allegato 5 del D.Lgs. n.152/2006, indicati dal PTA e dall'autorizzazione rilasciata dalla Regione.

I tempi dell'intervento andranno concordati con il Comune per evitare criticità agli utenti finali.

ART. 11

(Costi energia elettrica)

La stazione di pompaggio delle acque affinate nella rete di distribuzione irrigua è alimentata da linea dedicata intercettata a monte da contatore ENEL.

Il costo dell'energia elettrica necessaria al funzionamento della stessa sarà a carico del Comune di Acquaviva delle Fonti, o del Soggetto gestore della rete successivamente individuato dal suddetto Ente locale, mediante le procedure di cui al D.lgs. n. 50/2016.

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

ART. 12

(Manutenzione a valle del punto di consegna)

Il Comune di Acquaviva delle Fonti o il Soggetto gestore successivamente individuato dal suddetto Ente locale mediante le procedure di cui al D.lgs. n. 50/2016, si impegna a provvedere a propria cura e spese alla manutenzione della stazione di stoccaggio e pompaggio (opere civili, idrauliche ed elettromeccaniche) delle acque affinate alla rete irrigua.

ART. 13

(Oneri di gestione e di manutenzione - Corrispettivo del servizio)

Sono a carico del Gestore dell'impianto di affinamento AQP tutti gli oneri di gestione e manutenzione ordinaria rivenienti dalla conduzione delle opere affidate al medesimo, ai sensi del presente Protocollo d'Intesa.

Ai sensi della L.R. n. 27/2008, tali oneri verranno compensati al Gestore attraverso la tariffa del Servizio Idrico Integrato, secondo quanto già previsto dal Documento di Rimodulazione del Piano d'Ambito, approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'ATO in data 27/10/2009.

Gli eventuali interventi di manutenzione straordinaria e/o di adeguamento dell'impianto di affinamento saranno effettuati a cura del Gestore, previa autorizzazione dell'AIP, e posti a carico della Tariffa del Servizio Idrico Integrato, secondo quanto già previsto dal Documento di Rimodulazione del Piano d'Ambito, approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'ATO in data 27/10/2009.

A tal riguardo, in ragione del "Programma annuale di utilizzo della risorsa irrigua" predisposto dal Comune di Acquaviva delle Fonti, l'AQP, al termine di ciascun anno di gestione, comunicherà

all'AIP i costi di gestione e manutenzione, anche straordinaria, ai fini della necessaria revisione tariffaria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 23, comma 1 della Convenzione di Gestione dell'AATO Puglia del 30.09.2002. A tal fine il Comune di Acquaviva delle Fonti comunicherà annualmente ad AQP i dati di portata distribuita rilevata dal misuratore di portata posto a valle dell'impianto di sollevamento.

Resta fermo che ai sensi dell'art. 12 del DM n. 185/03 e dell'art. 19 del R.R. n. 8/2012, l'acqua reflua affinata e recuperata è conferita dall'AQP, gestore dell'impianto di affinamento, al Comune di Acquaviva delle Fonti, quale gestore della rete di distribuzione, senza oneri a carico quest'ultimo.

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie, 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

ART. 14

(Responsabilità)

Il Gestore dell'impianto di affinamento AQP non risponderà delle eventuali conseguenze derivanti dalla temporanea diminuzione della quantità di refluo affinato, qualora tali circostanze risultassero determinate da cause non riconducibili alla diretta responsabilità dello stesso gestore dell'impianto di affinamento.

Resta a carico del Comune di Acquaviva delle Fonti o del Soggetto gestore successivamente individuato dal suddetto Ente locale mediante le procedure di cui al D.lgs. n. 50/2016, ogni responsabilità sulla rete di distribuzione a valle del punto di consegna di cui al precedente art. 9.

Sarà consentito al Comune di Acquaviva delle Fonti, quale gestore della rete di distribuzione irrigua, previa intesa con l'AQP S.p.A. e nel rispetto delle norme di sicurezza, l'accesso ai manufatti ed agli impianti ove è allocato il punto di consegna alla rete di distribuzione irrigua.

ART. 15

(Monitoraggio)

L'AQP S.p.A. ed il Comune di Acquaviva delle Fonti, dovranno effettuare il monitoraggio tecnico ed economico delle attività e dovranno redigere una relazione sui risultati di gestione che provvederanno a scambiarsi.

Le relazioni, inoltre, dovranno essere inviate annualmente alla Regione Puglia – Sezione Risorse Idriche e all'AIP.

Letto, confermato e sottoscritto.

Bari, ...

REGIONE PUGLIA - Dip. Agricoltura, Sviluppo Rurale e Tutela dell'Ambiente - SEZIONE RISORSE IDRICHE

La Regione Puglia

Qualifica: .....

Nome e Cognome: .....

Firma: .....

La Città Metropolitana di Bari

Qualifica: .....

Nome e Cognome: .....

Firma: .....

Il Comune di Acquaviva delle Fonti

Qualifica: .....

Nome e Cognome: .....

Firma: .....

L'Autorità Idrica Pugliese

Qualifica: .....

Nome e Cognome: .....

Firma: .....

L'Acquedotto Pugliese S.p.A.

Qualifica: .....

Nome e Cognome: .....

Firma: .....

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA, SVILUPPO RURALE
E TUTELA DELL'AMBIENTE
SEZIONE RISORSE IDRICHE
Via delle Magnolie 6/8 - 70026 MODUGNO (BA)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2016, n. 1740

Accordo Stato – Regioni del 15/9/2016 – Accordo, ai sensi dell'art. 4, co. 1, del D.Lgs. 28/8/1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale delle cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'intesa n.82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. RECEPIMENTO.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario Istruttore, dalla Responsabile della A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali — Strutture sociosanitarie", e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 15 settembre 2016, ha sancito l'Accordo, ai sensi dell'art. 4, co. 1, del D.Lgs. 28/8/1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento *"Piano nazionale delle cronicità"* di cui all'articolo 5, comma 21 dell'intesa n.82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. (repertorio atti n. 160/CS).

Il Piano, che richiama autorevoli modelli internazionali, prende le mosse dall'attuale contesto di riferimento, caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione (in Italia la percentuale di "over 65" sul totale della popolazione è pari al 21,2%), dal conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche e dal permanere di differenze assistenziali nelle singole realtà regionali.

In particolare, il Piano disciplina le modalità di assistenza e tutela del crescente numero di pazienti affetti da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Il documento si compone di due parti: la prima detta gli indirizzi generali per la cronicità; la seconda invece contiene approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici.

La Regione pertanto, si propone di recepire il "Piano nazionale delle cronicità", in quanto atto propedeutico e necessario per la programmazione e l'attuazione delle varie linee previste nello stesso anche attraverso scelte strategiche che riguardano l'articolazione organizzativa dei servizi coinvolti.

Il tutto, sarà svolto nell'ottica di orientare i servizi verso un nuovo sistema di cure primarie per la gestione delle cronicità, volto a garantire l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza delle cure.

Pertanto, si propone alla Giunta regionale di recepire il predetto Accordo che costituisce l'allegato A e che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, disponendone la pubblicazione sul BURP.

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

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;

- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dal Funzionario Istruttore, dalla Responsabile della A.P "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali — Strutture sociosanitarie", e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

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

- di recepire l'accordo concernente il "Piano nazionale delle cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'intesa n.82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sancito nella Conferenza Stato — Regioni nella seduta del 15 settembre 2016, ai sensi ai sensi dell'art. 4, co. 1, del D.Lgs. 28/8/1997, n. 281, che costituisce l'allegato A e che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- di demandare a successivi provvedimenti l'attuazione degli obiettivi previsti nel Piano nazionale delle cronicità;

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

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

REGIONE
PUGLIA

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

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

ALLEGATO A

Il presente allegato è composto
di n. 154 (centocinquantaquattro) pagine escluso il presente

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(GIOVANNI CAMPOBASSO)

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016.

Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016

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

Nella odierna seduta del 15 settembre 2016:

VISTO l'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTI i seguenti Atti sanciti da questa Conferenza:

- intesa del 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 82/CSR), concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 e, in particolare, l'articolo 5, comma 21, che prevede la predisposizione del "Piano nazionale della cronicità", da approvare con accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni;

- intesa del 13 novembre 2014 (Rep. atti n. 156/CSR), concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018;

- accordo del 6 dicembre 2012 (Rep. atti n. 233/CSR), sul documento recante "Piano per la malattia diabetica";

- accordo del 5 agosto 2014 (Rep. atti n. 101/CSR), sul "Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica";

- accordo del 16 ottobre 2014 (Rep. atti n. 140/CSR), sul documento "Piano nazionale malattie rare (PNMR)";

- accordo del 20 ottobre 2015 (Rep. atti n. 171/CSR), sul documento relativo alla promozione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino e Malattia di Crhon e colite ulcerosa;

- accordo del 20 ottobre 2015 (Rep. atti n. 172/CSR), sul documento relativo alla promozione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni;

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

VISTA la nota del 21 luglio 2016, diramata il 25 luglio alle Regioni e Province autonome, con richiesta di assenso tecnico, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso lo schema di accordo indicato in oggetto;

CONSIDERATO che nel corso dell'odierna seduta le regioni hanno espresso avviso favorevole all'accordo subordinato all'accoglimento di alcuni emendamenti e di raccomandazioni contenute nel documento Allegato al presente atto (All. sub A); richieste e raccomandazioni accolte dal Governo;

ACQUISITO, nel corso della seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, nei seguenti termini:

Visti:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che stabilisce che siano realizzati programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata;
- la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali;
- il decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329 e successive modificazioni "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124";
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni e integrazioni, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33;
- il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante "Approvazione del <Piano sanitario nazionale> 2006-2008", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 17 giugno 2006, n. 139, che fissa gli obiettivi da raggiungere relativamente alle principali malattie croniche e gli interventi da realizzare per potenziare la tutela delle persone affette con particolare riguardo alla diagnosi e trattamento, alla ricerca, al miglioramento della qualità della vita, all'integrazione socio-sanitaria;
- le Conclusioni del Consiglio dell'unione europea del 7 dicembre 2010 "Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems", che invitano i paesi dell'UE e la Commissione europea ad avviare un processo di riflessione sulle malattie croniche per stabilire come ottimizzare la risposta al problema e la cooperazione fra i paesi europei, a guidare la riflessione instaurando un dialogo intenso con i soggetti interessati fra cui pazienti, professionisti del settore, pagatori e fornitori di servizi sanitari, a prendere in

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

considerazione la sanità online e il contributo potenziale di altri settori politici, in particolare in materia di occupazione, disabilità, istruzione e alloggio;

- la "Dichiarazione Politica della Riunione ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulla Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili" del 19 settembre 2011 e i Piani d'azione globali dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2008-2013 e 2013-2020;
- il documento conclusivo del "Chronic Diseases Summit" (Summit europeo sulle malattie croniche), tenutosi a Bruxelles il 3 e 4 aprile 2014, che identifica gli elementi chiave per una risposta complessiva contro le malattie croniche;

Considerato che, alla luce del quadro normativo e assistenziale vigente, si rende necessario individuare alcuni obiettivi strategici per migliorare le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie croniche, favorire percorsi che garantiscano al paziente uniformità di risposte e delineare le strategie generali e specifiche per la realizzazione di ciascun obiettivo;

Dato atto che, nonostante l'aumentata attenzione alle persone affette da malattie croniche sia in età evolutiva sia adulta, esistono alcune aree che necessitano di ulteriore impegno sia per quanto riguarda gli aspetti sanitari, sia per quelli sociali;

Considerata l'esigenza di assicurare nel territorio nazionale maggiore omogeneità nella tutela della salute delle persone affette da malattie croniche, anche tenendo conto dei modelli organizzativi diffusi nei diversi ambiti regionali e locali, e di garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza, in linea con l'evoluzione in ambito scientifico e tecnologico;

Visto il decreto dirigenziale del 14 maggio 2014, con il quale è stato costituito un Tavolo di lavoro presso la Direzione generale della programmazione sanitaria con la partecipazione della Direzione generale della prevenzione sanitaria, dell'AGENAS, dell'Istituto superiore di sanità e di esperti, con il compito di predisporre una bozza del "Piano nazionale della cronicità";

Ritenuto necessario:

- contribuire al miglioramento della tutela assistenziale delle persone con malattie croniche, anche attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili;
- ridurre il peso della malattia sulla singola persona e sul contesto sociale;
- rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali;
- sistematizzare a livello nazionale le iniziative e gli interventi nel campo delle malattie croniche al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico;
- affermare la necessità di una progressiva transizione verso un modello di sistema integrato, secondo un disegno di rete "multicentrica", che valorizzi sia il ruolo specialistico, sia tutti gli attori della assistenza primaria;
- individuare gli ambiti da implementare e le iniziative da adottare nei settori della ricerca, della formazione e dell'informazione;

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

SI CONVIENE

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE FAMILIARI – REGISTRATO

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano:

a) di approvare il "*Piano nazionale della cronicità (PNC)*" che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire il documento con propri provvedimenti e a dare attuazione ai suoi contenuti, nei rispettivi ambiti territoriali, ferma restando la loro autonomia nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione;

b) di favorire l'implementazione del "*Piano nazionale della cronicità (PNC)*", attivando tutte le iniziative necessarie e utili per promuovere la diffusione di strumenti e tecnologie ITC a supporto della cronicità, potenziando la capacità di accesso anche ad altre risorse - fondi europei e fondi per la coesione - nonché promuovendo l'innovazione nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari.

All'attuazione del presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
SEGRETERIA

IL PRESIDENTE
On. Avv. Enrico Costa

Dipartimento per la promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

All. A

CONSEGNATO NELLA SEDUTA DEL 15-9-2016

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

16/96/SR02/C7

ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO "PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ" DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 21, DELL'INTESA N. 82/CSR DEL 10 LUGLIO 2014 CONCERNENTE IL NUOVO PATTO PER LA SALUTE PER GLI ANNI 2014-2016"

Punto 2) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime avviso favorevole all'accordo condizionato alla costituzione di un tavolo di lavoro per la verifica degli indicatori previsti per il monitoraggio dello stesso in quanto non completamente condivisibili se utilizzati anche in chiave valutativa.

Inoltre, è necessario inserire sia a pagina 15 che a pagina 50 che le strutture di ricovero nel territorio così come l'ospedale di comunità sono strutture gestite "anche", e non solo, dai medici di medicina generale.

Si ritiene, altresì, opportuno:

- a pagina 107, modificare il punto 4 sostituendo "Promuovere l'applicazione di un PDTA nazionale che favorisca ..." con "Implementare l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti 172/CSR del 20 ottobre 2015 che promuove l'adozione del PDTA nelle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni, che favorisca ..."
- a pagina 111, integrare il punto 3 con "Adottare PDTA dedicati in coerenza con le linee guida e con i bisogni clinici dei pazienti complessi, implementando l'Intesa Stato Regioni Rep. Atti 171/CSR del 20 ottobre 2015";
- a pagina 28 (e relativa Figura di pag 29), modificare la frase così come segue: "...La figura successiva mette in evidenza i prodotti, quali la "Comunicazione della diagnosi", il "Piano di cura personalizzato" ed il relativo "Patto di cura"....

Roma, 15 settembre 2016

Dipartimento per la Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

SOMMARIO

PREMESSE E STRUTTURA GENERALE DEL PIANO

1. Premesse del Piano
2. Struttura generale del Piano

PARTE PRIMA

A) Il disegno complessivo

1. Definizioni, epidemiologia, costi
2. Differenti bisogni della persona con malattia cronica
3. Le premesse per una gestione efficace, efficiente e centrata sui pazienti
4. Il sistema assistenziale
5. La strutturazione di percorsi assistenziali per la cronicità

B) Gli elementi chiave di gestione della cronicità

1. Aderenza
2. Appropriatezza
3. Prevenzione
4. Cure domiciliari
5. Informazione, educazione, empowerment
6. Conoscenza e competenza

C) Il macroprocesso di gestione della persona con cronicità

1. FASE I: stratificazione e *targeting* della popolazione
2. FASE II: promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
3. FASE III: presa in carico e gestione del paziente
4. FASE IV: erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente
5. FASE V: valutazione della qualità delle cure erogate

D) Gli aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità

1. Disuguaglianze sociali; fragilità e/o vulnerabilità
2. Diffusione delle competenze, formazione, sostegno alla ricerca
3. Appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie - Aderenza alla terapia farmacologica
4. Sanità digitale

5. Umanizzazione delle cure
6. Il ruolo delle Associazioni di tutela delle persone con malattie croniche e delle loro famiglie
7. Il ruolo delle farmacie

E) La cronicità in età evolutiva

1. La continuità assistenziale al bambino con cronicità
2. Il ruolo delle famiglie
3. Gli ambiti relazionali specifici per l'età (scuola, sport, socialità)
4. Il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto

F) Il monitoraggio del piano

1. Il disegno di monitoraggio
2. Indicatori di Piano
3. Le indicazioni operative

PARTE SECONDA

1. Malattie renali croniche e insufficienza renale
2. Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
3. Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
4. Insufficienza cardiaca cronica
5. Malattia di Parkinson e parkinsonismi
6. BPCO e insufficienza respiratoria cronica
7. Insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva
8. Asma in età evolutiva
9. Malattie endocrine croniche in età evolutiva
10. Malattie renali croniche in età evolutiva

ALLEGATI AL PIANO

Gli scenari della cronicità

- Lo scenario internazionale
- Lo scenario nazionale: il livello centrale
- Lo scenario nazionale: i modelli regionali per la presa in carico della cronicità

PREMESSE E STRUTTURA GENERALE DEL PIANO

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese.

Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

1. Premesse del Piano

Il Piano riconosce le sue premesse:

- nei Piani d'azione WHO 2008-2013 e 2013-2020 che sottolineano l'importanza dell'intervento di Governi e Amministrazioni per assicurare la prevenzione ed il controllo delle malattie croniche;
- nelle indicazioni europee con le quali si invitano gli Stati membri ad elaborare e implementare Piani nazionali sulla cronicità;[1]
- negli ultimi Piani sanitari nazionali, che riconoscono alle patologie croniche un particolare rilievo per l'impatto sia sanitario che sociale e si impegnano a favorire il miglioramento continuo e la costante verifica della qualità dell'assistenza della persona con malattia cronica;
- nei Piani Nazionali Prevenzione (2005-2007, prorogato fino al 2009; 2010-2012, prorogato al 2013; 2014-2018), che hanno riconosciuto sin dal 2005 il contrasto alle patologie croniche come obiettivo prioritario per la pianificazione regionale;
- nel programma Guadagnare Salute (DPCM 4 maggio 2007), che prevede l'attuazione di strategie intersettoriali e di popolazione per favorire la prevenzione delle patologie croniche attraverso l'acquisizione e il mantenimento di stili di vita salutari da parte della popolazione generale;
- negli Accordi Collettivi Nazionali riguardanti la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e medici pediatri di libera scelta che prevedono specifici obiettivi di prevenzione e tutela dei soggetti con patologie croniche e di presa in carico globale degli stessi, secondo protocolli e percorsi

Action Plan for prevention and control of non-communicable diseases 2012-2016" ; "Resolution EUR/RC 61/R3 on the action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2012-2016"

assistenziali che definiscono l'attività del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta e i casi di ricorso al livello specialistico (diabete, ipertensione, BPCO, cardiopatia ischemica ecc.);

- nel dPCM29/11/2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- nei Piani sanitari e socio-sanitari e negli atti di programmazione regionali che hanno individuato come centrale il tema della cronicità e promosso modelli specifici di organizzazione dei servizi per la gestione e presa in carico del paziente cronico;
- nell'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" che prevede, "al fine di definire le principali linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche, la predisposizione, da parte del Ministero della salute del "Piano nazionale della Cronicità" da approvare con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PPAA di Trento e Bolzano". Il suddetto Patto prevede, inoltre, che "le Regioni definiscano con appositi atti di indirizzo la promozione della medicina d'iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità";
- negli ulteriori Accordi Stato-Regioni che affrontano tematiche relative alla prevenzione, cura e presa in carico delle persone con patologie croniche, tra cui si annoverano, da ultimi, il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) , il Piano Oncologico nazionale, il Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica, il Piano Nazionale per le Malattie Rare (PNMR), il Piano sulla malattia diabetica, il Piano nazionale demenze.

2. Struttura generale del Piano

Il documento si compone di due parti: la prima recante gli indirizzi generali per la cronicità e la seconda che contiene approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici.

Nella prima parte vengono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano, proposte alcune linee di intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Inoltre viene approfondita la parte relativa alla cronicità in età evolutiva.

Nella seconda parte il Piano individua un primo elenco di patologie croniche, per la maggior parte delle quali al momento non esistono atti programmatori specifici a livello nazionale, individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure.

Esse sono:

- malattie renali croniche e insufficienza renale;
- malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;
- malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn;
- malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca;

- malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi
- malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria;
- insufficienza respiratoria in età evolutiva
- asma in età evolutiva
- malattie endocrine in età evolutiva
- malattie renali croniche in età evolutiva

Per ciascuna il Piano prevede:

a) un sintetico inquadramento generale (definizioni, dati epidemiologici, caratteristiche generali dell'assistenza);
b) un elenco delle principali criticità dell'assistenza;
c) la definizione di obiettivi generali, specifici, la proposta di linee di intervento, di risultati attesi e di alcuni indicatori per il monitoraggio.

PARTE PRIMA

chronic
patients
care
diseases
health
people
conditions
management
effectiveness
system
risks
living
interventions
costs
clinical
prevention
programs
services
studies
self-management

A) Il disegno complessivo

1. Definizioni, epidemiologia, costi

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).

La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura.

Inoltre, la prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate, interazioni farmacologiche e reazioni avverse.

Infine, questi pazienti hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbidità, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità.

La stessa definizione OMS di malattia cronica *("problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decadi")* fa chiaro riferimento all'impegno di risorse, umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.) che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita ecc.), necessarie per il loro controllo.

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
CONSIGLIO DEI MINISTRI – PRESIDENZA

I dati indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Inoltre si è osservato che le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute. Tuttavia per molte di esse può essere utile un'attività di prevenzione che agisca sui fattori di rischio comuni: uso di tabacco e alcol, cattiva alimentazione e inattività fisica.

La cronicità, infine, è associata al declino di aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità. Secondo dati ISTAT, due milioni 600 mila persone vivono in condizione di disabilità in Italia (4,8 % della popolazione, totale, 44,5 % nella fascia di età>80 anni) e ciò testimonia una trasformazione radicale nell'epidemiologia del nostro Paese[2].

In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di Euro per anno.

Il trend demografico e l'incidenza delle patologie croniche in Italia

La popolazione residente in Italia all'1 gennaio 2014 è di 60.782.668 persone. Prevalgono le donne sugli uomini e il saldo naturale fra nuovi nati e morti è tuttora negativo. Ha un margine positivo, invece, il saldo migratorio per cui la popolazione residente in Italia aumenta ma diminuiscono gli italiani. L'incremento è, infatti, imputabile all'aumento dei cittadini stranieri, in crescita in tutte le regioni della penisola

Un altro fenomeno che cambia la composizione del nostro Paese è il maggior numero di figli al Nord. Il sorpasso rispetto al Mezzogiorno risiede principalmente nel diverso contributo di nascite da parte di genitori stranieri, la cui presenza si concentra prevalentemente nelle regioni del Centro-Nord. Il numero medio di componenti per famiglia è di 2,4.

Sotto il profilo demografico è particolarmente degno di nota il dato sull'invecchiamento. Già oggi l'Italia è uno dei paesi più vecchi d'Europa e del mondo con la sua quota di ultra65enni sul totale della popolazione che, secondo dati EUROSTAT a gennaio 2013, è pari al 21,2% rispetto al 18,2% dell'Unione a 28; l'unico dato paragonabile in Europa è quello della Germania (20,7%).

Secondo i dati ISTAT la quota di anziani sul totale della popolazione all'1/1/2014 è pari al 21,4% e le regioni più anziane sono la Liguria (in cui gli over64 all'1/1/2014 costituiscono il 27,7% della popolazione totale), il Friuli Venezia Giulia (24,7%) e la Toscana (24,4%), l'Umbria (23,8%), Campania (17,2%), Provincia Autonoma di Bolzano (18,7%), Sicilia (19,6%) e Calabria (19,8%) sono le regioni con una presenza di anziani ancora decisamente minore.

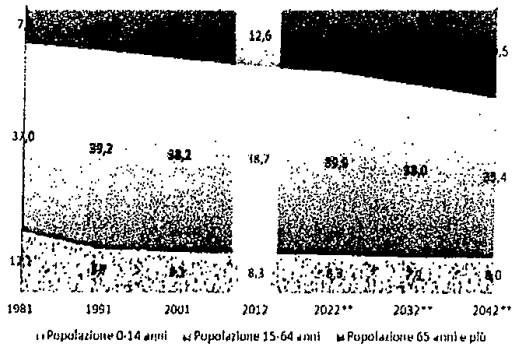
Ma in un futuro ormai prossimo, nel 2032, secondo le previsioni ISTAT, la quota di anziani over65 sul totale della popolazione dovrebbe raggiungere il 27,6%, con circa 17.600.000 anziani in valore assoluto (vedi figura successiva).

---

2 *Conferenza Italiano sull'accesso alle Cure nelle malattie croniche - ROMA 21 settembre 2010. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 4° Rapporto (2012) N.N.A (Network non autosufficienza) Rapporto promosso dall'IRCCS - INCRA Ancona per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento.*

L'evoluzione della popolazione italiana per fasce d'età dal 1981 al 2041 (*)

(valore assoluto in milioni)

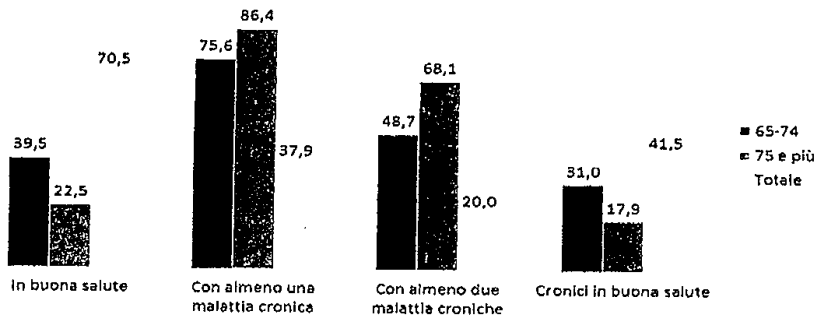


(*) Dati al 1 gennaio dell'anno successivo (**) Previsioni della popolazione, hp. Centrale
Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT

In tale assetto demografico risulta ampiamente probabile un incremento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie croniche che, come già ricordato, risultano in aumento al crescere dell'età e per questo presenti soprattutto tra gli anziani over 74 anni.

La percentuale di persone che dichiara di avere almeno una patologia cronica passa dal 38,4% del 2011 al 37,9% del 2013. Il 20,0% afferma di avere almeno due patologie croniche e il dato è pari a quello fatto registrare nel 2011. Ma considerando le fasce d'età più anziane le percentuali salgono in modo evidente: secondo gli ultimi dati (2013), si dichiara affetto da almeno due malattie croniche il 48,7% delle persone dai 65 ai 74 anni ed il 68,1% di quelle dai 75 anni in su (vedi figura successiva)

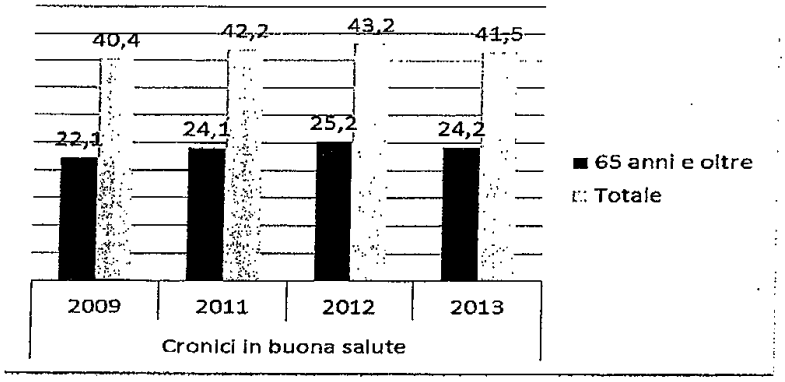
Popolazione residente per condizioni di salute e malattie croniche dichiarate anno 2013
(per 100 persone della stessa classe di età)



Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT 2013

Inoltre, nel 2013 i malati cronici che affermano di essere in buona salute sono il 41,5%, mentre tra gli anziani la quota si ferma al 24,2% (vedi figura successiva)

Popolazione per percezione dello stato di salute, per età 2013 (val.%)



Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT 2013

In particolare, secondo i dati rilevati dall' Istat (indagine multiscopo) le malattie croniche con maggiore prevalenza sono: l'artrosi/artrite (16,4%), l'ipertensione (16,7%), le malattie allergiche (10,0%), la bronchite cronica e asma bronchiale (5,9%), il diabete (5,4%). Complessivamente il Centro ha un numero maggiore di abitanti con almeno una patologia cronica (39,1%), a seguire il Nord (38,3%), area in cui risiede anche il numero maggiore di malati cronici in buona salute (46,7%). Il Mezzogiorno ha invece una prevalenza di abitanti con due o più patologie croniche (21,1%) e la percentuale inferiore per numero di malati cronici in buona salute (35,3%).

La regione che ha la maggiore prevalenza di persone con almeno una patologia cronica è la Sardegna (42,0%), la Calabria ha invece la più alta percentuale di abitanti con almeno due patologie croniche (23,8%), seguita dalla Sardegna (22,9%).

Le regioni in cui è minore la percentuale di malati cronici in buona salute sono: la Calabria (29,8%), e la Basilicata (31,3%). Quelle, invece, in cui i malati cronici godono di migliore salute sono: le Province Autonome di Trento e Bolzano (49,5% e 63,3%), il Friuli Venezia Giulia (48,3%) e la Valle d'Aosta (48,1%).

La regione che ha la maggiore prevalenza di diabetici è la Calabria (8,5%), quella che ha il maggior numero di pazienti con ipertensione è l'Umbria (20,8%), con artrosi e artrite la Liguria e la Calabria (entrambe 19,0%), La Campania e la Sardegna, invece, si caratterizzano per il maggior numero di persone affette da bronchite cronica/asma bronchiale (7,8% in entrambe le regioni); quest'ultima regione è anche caratterizzata da una maggiore prevalenza di persone affette da osteoporosi (9,6) insieme alla Puglia (9,5).

Per quanto riguarda le malattie del cuore, la percentuale più alta di malati risiede in Umbria (4,6%), il maggior numero di pazienti con disturbi nervosi si trova in Calabria (5,2%) ed il maggior numero di ulcere gastriche duodenali si concentra in Basilicata (4,0%). Per quanto riguarda le malattie allergiche sono più diffuse in Sardegna (13,0%). Infine, il maggior quantitativo di farmaci viene consumato in Umbria (45,8%) e in Sardegna (45,0%).

La comorbidità è un fenomeno ovviamente più frequente con il progredire dell'età. Dalla raccolta dei dati 2012-2013 di PASSI d'Argento (sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra64enne) si evidenzia, ad esempio, come l'ipertensione arteriosa, considerata uno dei principali determinanti delle malattie croniche non trasmissibili, sia presente nel 60% della popolazione ultra64enne. Più frequente nelle donne e nell'età più avanzata, essa è significativamente più presente nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle che hanno le maggiori difficoltà economiche ad arrivare a fine mese.

In tutto il campione studiato, il 33% riferisce almeno 1 patologia cronica, il 19% due, l'8% tre, il 4% quattro e il 1% cinque o più. Inoltre, si evidenzia che le patologie più frequenti sono le malattie cardiovascolari nel loro complesso (32,8%), seguite dalle malattie respiratorie croniche (24,5%), dal diabete (20,3%), dai tumori (12,7%), dall'insufficienza renale (10,1%), dall'ictus (9,9%), dalle malattie croniche di fegato (6,1%). La presenza di 3 o più patologie croniche (fra quelle citate) sono presenti in ben il 13% della popolazione. Tale condizione è più frequente negli uomini e nell'età più avanzata. Forti differenze si riscontrano in rapporto al livello di istruzione (15,8% bassa vs 8,8% alta) e alla percezione delle difficoltà economiche (6,3% per persone con nessuna difficoltà economiche, 10% con qualche difficoltà economica, 18,3% con molte difficoltà economiche).

Le principali cause di morte, secondo, gli ultimi dati disponibili, sono le malattie del sistema circolatorio (37,35 per 100.000 abitanti), i tumori (29,2 per 100.000 abitanti) e le malattie dell'apparato respiratorio (6,64 per 100.000 abitanti).[3] Le Province maggiormente colpite dalle malattie del sistema circolatorio sono quelle del Centro-Sud (con una particolare prevalenza in Sicilia, Calabria e Campania). Se però confrontiamo il tasso medio di mortalità per questo tipo di malattie in Europa (21,7), notiamo che l'Italia, con una media di 16,8 decessi ogni diecimila abitanti, si colloca nel 2009 agli ultimi posti dell'UE[4].

Completamente opposto è, invece, il quadro che si delinea per la distribuzione della mortalità per tumori, con una netta prevalenza nelle province del Nord ed una bassa prevalenza nel Sud Italia[5].

Alcuni dati sui costi della cronicità in Italia

La domanda di servizi sanitari per soggetti anziani con patologie croniche negli ultimi anni è diventata sempre più alta e, di conseguenza, è cresciuto l'ammontare delle risorse sanitarie destinate a questa fascia di popolazione. E' stato calcolato che quasi un terzo delle visite generiche e di quelle specialistiche sia erogato alla popolazione multi-cronica e, di queste, circa il 30% a persone con patologie croniche gravi[5].

Nel 2010 la spesa per ricoveri ospedalieri è stata attribuita per il 51% alla fascia di età over 65 (dati SDO Ministero della salute). In tale fascia di età si concentra anche il 60% della spesa farmaceutica territoriale, mentre la spesa pro-capite di un assistito di età >75 anni è 11 volte superiore a quella di una persona

[3] Dati ISTAT
[4] Fonte: EUROSTAT
[5] 2005

appartenente alla fascia d'età 25-34 anni. I costi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio e del sistema nervoso centrale, costituiscono tutti insieme i 4/5 della spesa complessiva.[6]

La circostanza che i malati cronici assorbono quote progressivamente crescenti di risorse al crescere del numero di malattie è confermata dai dati rilevati in ambito regionale. In base ai dati di Regione Lombardia[7], nel 2013 il rapporto tra la spesa sanitaria pro-capite di un paziente non cronico e la spesa pro-capite di un paziente con 4 patologie croniche è stata di circa 1/21,5; per un paziente con 3 patologie lo stesso rapporto è di circa 1/12, per due patologie è 1/7,3 per una patologia 1/4. Nel corso del tempo la spesa totale della Regione per le malattie croniche risulta aumentata dal 2005 al 2013 del 36%, con incrementi percentuali molto più marcati per pazienti poli-patologici.

2. Differenti bisogni del paziente con malattia cronica

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, le cui caratteristiche principali sono descritte, a confronto con quelle ad andamento acuto, nel box seguente

Malattie acute	Malattie croniche
▪ Insorgenza improvvisa	▪ Insorgenza graduale nel tempo
▪ Episodiche	▪ Continue
▪ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	▪ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
▪ Cura specifica a intento risolutivo	▪ Cura continua, raramente risolutiva
▪ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	▪ Terapia causale spesso non disponibile
▪ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	▪ La *restituitio ad integrum* è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
▪ Assistenza sanitaria di breve durata	▪ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

3. Le premesse per una gestione efficace, efficiente e centrata sui pazienti

Ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, non si può non sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione, verso cui si sono indirizzati in particolare i Piani Nazionali di Prevenzione e il Programma "Guadagnare Salute". A questi si rimanda per una più dettagliata definizione delle strategie finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle patologie croniche.

[6] Cosmed 2008

[7] *"Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018"*

Ciò premesso, è ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita.

In questo paragrafo vengono discusse alcune premesse su cui costruire un disegno complessivo per la gestione della cronicità. Ogni Regione potrà strutturare tale disegno sulla base delle scelte già fatte, tenendo in considerazione la propria storia, il territorio, i servizi e le risorse disponibili.

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti

Per vincere la sfida contro queste "nuove epidemie" è necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al "macrosistema-salute", formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui.

Si deve partire da una profonda riflessione sulle tendenze e sugli indirizzi dei servizi e dei professionisti, promuovendo una nuova cultura che dovrà impregnare, al di là delle differenze di ruolo, tutte le scelte di politica sanitaria, le strategie assistenziali, la tipologia dell'organizzazione, l'assetto operativo delle strutture e la conseguente offerta dei servizi.

Questo è il presupposto fondamentale per la gestione efficace della cronicità, perché è da tali premesse che originano le scelte e gli indirizzi strategici, si decidono le caratteristiche dell'offerta sanitaria, si promuovono i comportamenti dei protagonisti gestionali e professionali del mondo assistenziale.

Messaggio chiave:
coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema salute

C'è bisogno di nuove parole-chiave, capaci di indirizzare verso nuovi approcci e nuovi scenari:

- *salute "possibile"* cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona
- *malattia vissuta* con al centro il paziente/persona (illness), e non solo malattia incentrata sul caso clinico (disease);
- *analisi integrata dei bisogni globali del paziente*, e non solo "razionalità tecnica" e problemi squisitamente clinici;
- *analisi delle risorse del contesto ambientale*, inteso come contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere;
- *mantenimento e co-esistenza*, e non solo guarigione;
- *accompagnamento*, e non solo cura;
- *risorse del paziente*, e non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori;
- *empowerment* inteso come *abilità a "fare fronte"* alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e sviluppo della *capacità di autogestione* (self care);
- *approccio multidimensionale e di team* e non solo relazione "medico-paziente";
- superamento dell'assistenza basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria, e *costruzione condivisa di percorsi* integrati, personalizzati e dinamici;
- *presa in carico pro-attiva ed empatica* e non solo risposta assistenziale all'emergere del bisogno;
- *"patto di cura"* con il paziente e i suoi Caregiver e non solo compliance alle prescrizioni terapeutiche

Un diverso modello integrato ospedale/territorio

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

In quest'ottica si pone la legge n. 135/2012 che ha previsto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Ciò rende necessario potenziare le formule alternative al ricovero e valorizzare la rete specialistica ambulatoriale, in un quadro di differenziazione di livelli erogativi articolati sulla base dell'effettivo potenziale di gestione della complessità.

L'ospedale va quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e "dimissioni assistite" nel territorio, finalizzate a ridurre il drop-out dalla rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità.

> ***Messaggio chiave:***
> ***L'ospedale concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica ambulatoriale e con l'Assistenza Primaria***

Tale orientamento è in linea con quanto previsto dal Regolamento n. 70 del 2 aprile 2015 recante la definizione degli standard ospedalieri. Tale regolamento prevede che le iniziative di continuità ospedale territorio possano anche prevedere la disponibilità di strutture intermedie, la gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti clinici, centri di comunità /poliambulatori, strutture di ricovero nel territorio gestite dai medici di medicina generale.

Un sistema di cure centrato sulla persona

In tale concezione, le cure primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi Caregiver di riferimento.

> ***Messaggio chiave:***
> ***Il paziente "persona" (e non più "caso clinico"), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità***

La realizzazione di tale percorso ha l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i tre classici livelli assistenziali (assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera) dando

origine a un continuum che include la individuazione di specifici "prodotti" (clinici e non clinici) da parte di ogni attore assistenziale (o del team di cui è componente) in rapporto all'obiettivo di salute prefissato.

Inoltre il PDTA può essere considerato uno strumento di governance, perché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti delle filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno.

Esso può rendere evidenti e misurabili le performance dei professionisti, esperti di tecniche cliniche ed assistenziali, in relazione dinamica tra loro e con il paziente "persona" (e non più "caso clinico"), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità in una ricerca di reciprocità, e non più di asimmetria relazionale, con i servizi e gli operatori sanitari.

Una nuova prospettiva di valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati

I risultati di un percorso assistenziale in una patologia di lungo periodo devono essere ricercati secondo una logica multidimensionale. Oltre che misurati attraverso i classici indicatori clinici, essi vanno valutati come una sommatoria di esiti intermedi che si concretizzano lungo tutto il percorso di vita del paziente, e letti attraverso indicatori che considerano anche dimensioni diverse da quella clinica (ad esempio quella socio-sanitaria).

Conseguentemente, un sistema assistenziale orientato alla gestione della cronicità deve programmare il proprio sistema di valutazione orientandolo su tre focus principali:

- *il paziente-persona e il suo progetto individuale di salute "globale"* costruito attraverso un "Patto di Cura" personalizzato e condiviso che consideri non solo la sua condizione clinica ma anche il contesto di vita in cui la malattia viene vissuta;
- *gli esiti effettivamente raggiungibili nella storia del paziente* ma anche i processi attivati, dato che alcune misure nel breve-medio periodo sono leggibili come misure di processo e come esiti intermedi (intermediate outcome);
- *il sistema organizzativo socio-sanitario,* vale a dire quanto l'organizzazione riesca effettivamente ad attivare "leve di sistema" (politiche, strategiche, gestionali, organizzative, operative, ecc.) capaci di ottenere risultati validi sui pazienti e sulle loro storie.

> ***Messaggio chiave:***
> ***la valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario***

Le cure domiciliari

Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato.

> ***Messaggio chiave:***
> ***mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione***

In particolare, le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili in conseguenza di traumi o forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitino di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio, e, in generale, di tutti i pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio sia fisico sia psicologico con conseguenze spesso devastanti. Il setting assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura.

Mentre la permanenza in ospedale o in una struttura residenziale può favorire la passività e la deresponsabilizzazione dei ricoverati, completamente affidati alle cure di "esperti", l'organizzazione domiciliare dell'assistenza (che sappia adattarsi ai luoghi, ai tempi, agli oggetti e alle abitudini della persona) contribuisce fortemente a conservare l'autodeterminazione della persona e l'autogestione dei propri bisogni, fondamentali per il buon esito delle cure.

Quindi, compatibilmente con le condizioni sanitarie, sociali ed abitative della persona, l'impegno del SSN è volto a privilegiare, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali per dare supporto alla persona e alla famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con diverse professionalità e provenienze, primi fra tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti degli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento.

L'assistenza domiciliare è effettivamente "integrata" quando le professionalità sanitarie e sociali collaborano per realizzare progetti unitari, mirati alla soddisfazione di bisogni di diversa natura. Essa richiede la valorizzazione del nursing e la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può consentire la permanenza a casa anche di persone con patologie complesse. La condizione necessaria per l'attivazione dell'ADI è la valutazione multidimensionale che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell'intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva degli esiti.

VALUTAZIONE [redacted]

CONTINUITÀ TERAPEUTICA DEGLI INTERVENTI

VALUTAZIONE [redacted]

[redacted]

GLOBALITÀ E L'INTENSITÀ DEI PIANI DI CURA

COLLABORAZIONE DELLA FAMIGLIA

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Si tratta, dunque, di un livello di assistenza che richiede una complessa organizzazione e una consolidata competenza gestionale dal momento che il servizio offerto deve flessibilmente adattarsi agli obiettivi di cura e alle specifiche condizioni cliniche e socio-familiari del paziente. Tale complessità ha fatto sì che sul territorio nazionale le cure domiciliari siano state erogate secondo modalità, criteri e caratteristiche molto diversi tra loro, anche all'interno delle stesse regioni, fino ad arrivare a situazioni locali di inesistenza del servizio di cure domiciliari nella ASL. L'obiettivo dei prossimi anni è, quindi, quello di recuperare i ritardi accumulati, anche grazie alla diffusione delle nuove tecnologie di teleassistenza, teleconsulto e telemonitoraggio, e di garantire le cure a domicilio in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. Queste azioni dovranno essere attuate di pari passo con un'integrazione ottimale dei servizi sanitari territoriali con quelli socio assistenziali, in modo da fornire interventi in grado di rispondere complessivamente ai bisogni delle persone.

4. Il sistema assistenziale

Un'adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, che possa permettere la realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza. Inoltre, essa dovrà essere efficace, efficiente e centrata sui bisogni globali, non solo clinici.

Sarà quindi necessario promuovere:

a) la *piena valorizzazione* della rete assistenziale, riorganizzando strutture e servizi disponibili e riqualificando la rete dei professionisti. La rete va rifunzionalizzata soprattutto in una visione di continuità assistenziale, modulata per ciascun paziente sulla base dello stadio evolutivo, sul grado di complessità della patologia e sui relativi bisogni socio-assistenziali;
b) una *maggiore flessibilità dei modelli organizzativi* e operativi, che preveda una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria.
c) *l'approccio integrato* sin dalle fasi iniziali della presa in carico, con l'ingresso precoce nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e nel percorso di welfare integrato al quale partecipano tutti gli attori coinvolti, con l'attivazione di setting diversi in funzione del diverso grado di complessità assistenziale e delle necessità del paziente;
d) *una stadiazione* in base al grado di sviluppo della patologia e dei relativi bisogni socio-assistenziali, utilizzando PDTA e piani di cura personalizzati, monitorabili attraverso indicatori di processo e di esito, multidimensionali e centrati sul paziente, gestiti con approccio proattivo;
e) *l'empowerment, l'ability to cope, ed il self-care,* leve fondamentali per l'efficacia e l'efficienza del sistema con il contributo delle Associazioni di tutela dei malati e del volontariato attivo, attraverso programmi di educazione documentabili e monitorabili, nel presupposto che pazienti consapevoli ed esperti siano in grado di gestire la propria qualità di vita al massimo delle loro potenzialità.

Il Piano vuole essere promotore di un sistema organizzato su tale visione ma ogni Regione, esercitando la propria autonomia nelle scelte organizzative e operative, dovrà tener conto delle potenzialità e delle criticità presenti nei contesti locali per disegnare progetti di innovazione nella gestione della cronicità in armonia con il disegno nazionale.

L'eterogeneità delle patologie croniche e la loro lunga storia naturale comportano esigenze differenti in pazienti con diverso grado di complessità, che hanno bisogno di prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate in servizi diversi, di cui è indispensabile coordinare e integrare le attività.

La gestione integrata si è rivelata uno strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti nei campi dell'efficacia degli interventi, dell'efficienza delle cure, della salute e della qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata.

Essa prevede, tra l'altro, l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (condivisi e codificati per i vari stadi di patologia) ed un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito (indispensabili a innescare il circolo virtuoso della qualità) e gli indicatori di risultato intermedio e finale (finalizzati a valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi).

Il Piano vuole quindi indirizzare la gestione della cronicità verso un sistema che realizzi tale integrazione, attraverso una progressiva transizione in un modello di rete, centrato sui bisogni della persona, in grado di applicare in modo omogeneo le conoscenze della Evidence Based Medicine (EBM), condividendole con gli assistiti che, adeguatamente informati ed educati, si muoveranno tra i principali nodi della rete a seconda delle varie fasi di malattia e delle necessità contingenti.

Il Piano intende promuovere anche un'evoluzione verso la cosiddetta "Value Based Medicine", vale a dire verso una medicina efficace ma sostenibile sia in termini economici (in grado di conciliare l'aumento dei costi associato all'innovazione con la necessità delle cure) sia in termini di valori individuali e sociali (in grado di conciliare le linee guida EBM con gli effettivi bisogni/valori del paziente e della comunità in cui vive).

Partendo da un'idonea stadiazione, sarà quindi necessario attivare percorsi personalizzati, standardizzati in termini di costi e differenziati in rapporto al grado di complessità del singolo paziente e ai suoi specifici bisogni, anche in termini di comorbilità, indirizzando i casi più complessi (cronicità ad elevata complessità) verso programmi che contemplino un follow up più intensivo e quelli meno complessi verso una gestione prevalente da parte del livello delle cure primarie.

La "demedicalizzazione" è un altro caposaldo consolidato nelle esperienze internazionali più avanzate. Tale prospettiva richiede un maggior coinvolgimento di tutte le figure professionali coinvolte, necessarie per rispondere adeguatamente alla multidimensionalità delle patologie croniche, in seno a piani di cura concordati.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Il sistema sarà quindi finalizzato al raggiungimento di *cinque grandi obiettivi:*

1. *assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce;*
2. *ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia;*
3. *prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità;*
4. *garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità;*
5. *ottimizzare l'uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative).*

Per raggiungere tali obiettivi appare utile:

- promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione;
- adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che le precedono;
- educare il paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
- creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità "ad alta complessità", della non-autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o di disagio o esclusione sociale;
- realizzare la continuità assistenziale semplificazione le procedure per facilitare l'accesso del paziente alle cure e stabilendo una integrazione efficace dei diversi livelli (ospedale e territorio, medicina di base e specialistica, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali, centri diurni ecc.)
- definire i processi di cura con l'applicazione della EBM e delle Linee guida;
- monitorare i processi di cura realizzando adeguati sistemi informativi;
- definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali;
- allocare risorse idonee all'ottenimento dei risultati.

In conclusione, il Piano si prefigge di delineare un sistema mirato a prevenire e gestire la cronicità che, pur sottoposto a un processo di contestualizzazione che tenga conto di quanto fatto dalle singole Regioni, porti nel tempo al progressivo affermarsi di un disegno unitario che garantisca, nel rispetto delle differenze, la massima omogeneità possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti.

Esso tiene conto dei vari modelli esistenti sulla cronicità, a partire dal Chronic care model CCM (vedi figura a pagina successiva)

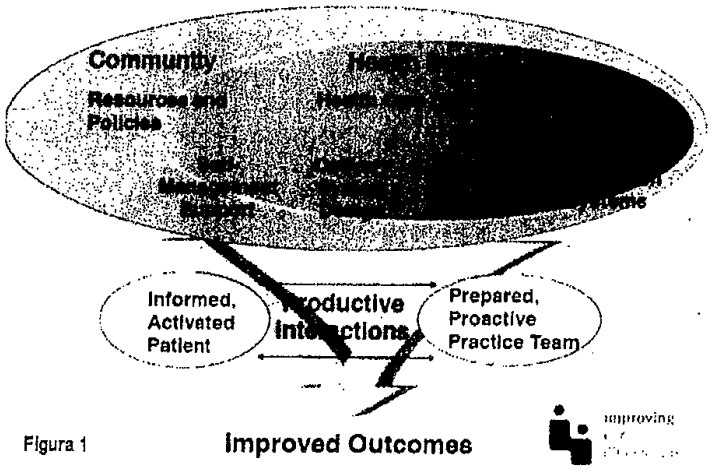
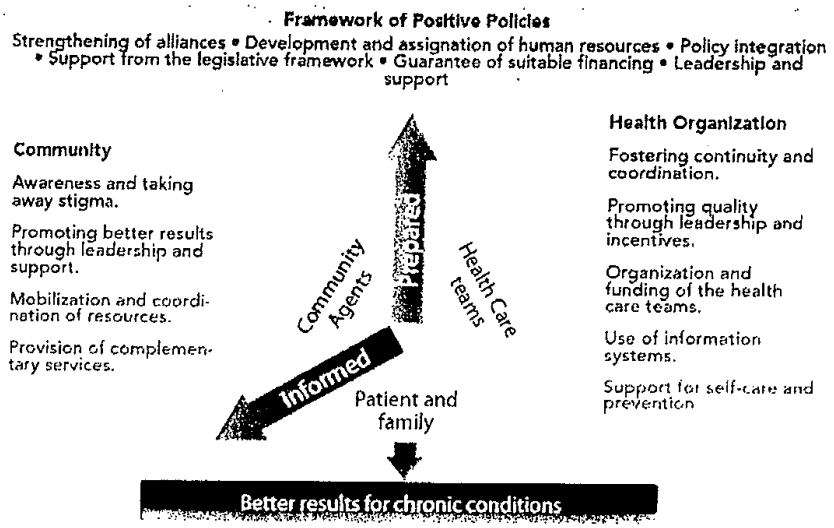


Figura 1

Inoltre il Piano tiene conto del "Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC)" che aggiunge al CCM una visione focalizzata sulle politiche sanitarie (vedi figura successiva)

The Model of Innovative Care and Chronic Conditions (ICCC)



5. La strutturazione di percorsi assistenziali per la cronicità

I "Percorsi Assistenziali" (P.A.) rappresentano un metodo analitico ed innovativo dell'assistenza ormai ampiamente diffuso nel nostro Paese.

Si è scelto di dedicare una trattazione più puntuale ai P.A. perché si ritiene che essi costituiscano lo strumento-cardine per la traduzione del Piano in prassi quotidiane. Il loro uso nell'ambito delle patologie croniche comporta tuttavia la necessità di tenere in considerazione una serie di variabili specifiche, che saranno trattate di seguito in forma sintetica.

Percorsi Assistenziali che siano "personalizzati"

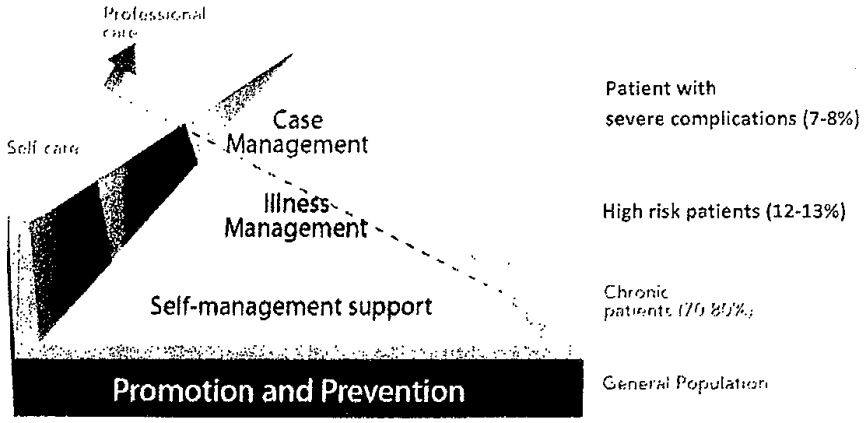
La "personalizzazione" dei P.A. nell'ambito delle patologie croniche si rende necessaria per due motivi fondamentali, uno di natura squisitamente clinica, trattato in questo paragrafo, ed uno legato ai bisogni non-clinici (cioè connessi al più ampio tema della convivenza con la cronicità ed alla qualità di vita).

Nell'ambito di una stessa patologia cronica i pazienti possono avere caratteristiche cliniche molto diverse, legate, ad esempio, allo stadio evolutivo di malattia. Pertanto, nella programmazione degli interventi assistenziali è necessario almeno differenziare i pazienti in base alla fase di storia naturale della malattia, più o meno avanzata, correlata con la complessità assistenziale.

La letteratura scientifica fornisce uno schema molto utile, il cosiddetto "triangolo di population management" che differenzia la popolazione con patologia cronica in sottogruppi (sub-target) sulla base dello stadio di sviluppo della stessa, definendo una percentuale di prevalenza media per tali sottoclassi.

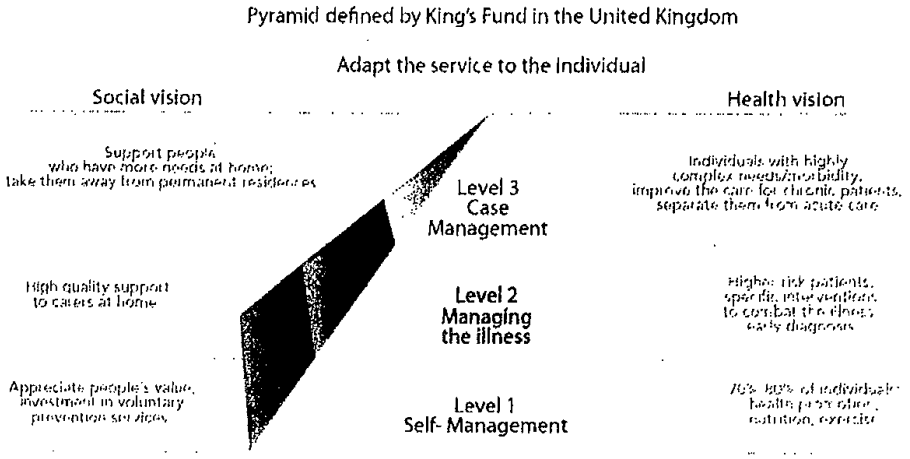
E' del tutto evidente che anche le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, devono essere differenziati a seconda dei differenti bisogni dei sottogruppi (sub-target), in particolare per quelli a maggiore complessità, come in quel 7-8% di pazienti più complessi posti all'apice della piramide, che rappresentano il target a "maggiori costi", di salute ed economici (vedi figura a pagina successiva).

Extended Kaiser Pyramid



Uno dei più interessanti adattamenti della piramide di Kaiser, i cui contenuti sono stati tenuti presenti nella stesura del Piano, è la piramide definita dal "King's Fund" nel Regno unito (vedi figura successiva).

Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom



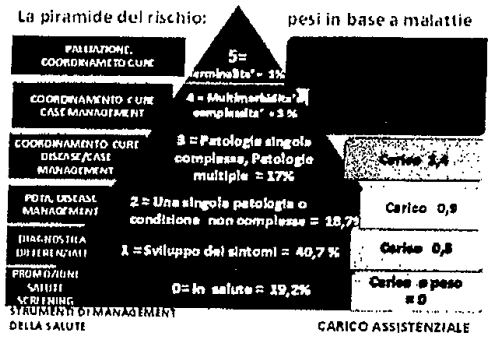
Source: King's Fund (Ham)

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Il Sistema ACG (Adjusted Clinical Groups) , è un sistema di classificazione della popolazione per livello di complessità assistenziale, partendo dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso assistito. Si tratta di uno strumento di Risk Adjustment che consente il confronto tra gruppi di individui con problemi simili dal punto di vista dell'impatto assistenziale e del profilo generale di morbilità[8].

Il sistema, alimentato da flussi informativi correnti, consente di classificare i pazienti in categorie che raggruppano problemi di salute simili dal punto di vista assistenziale, indipendentemente dal consumo di risorse effettuato. Le diagnosi codificate vengono aggregate in base ad alcuni parametri in modo che i gruppi finali ACG riflettano la costellazione di problemi di salute sperimentata dal paziente in un periodo di tempo definito.

I gruppi ACG possono essere a loro volta raggruppati in 6 categorie (vedi figura successiva) che possono essere usate per stratificare in fasce (dette anche Resource Utilization Bands) una popolazione generale in base al carico o peso assistenziale dovuto alle malattie co-presenti.



Il sistema consente di identificare gruppi di popolazione a maggior rischio di carico assistenziale, target potenziali di intervento nell'ambito di attività di Care Management e nella medicina di iniziativa. La stratificazione per ACG permette anche di confrontare i costi sanitari di gruppi di popolazione (ULSS, Ospedali, Distretti, AFT) valutando più equamente la performance dei servizi sanitari in termini di confronto tra costi osservati e costi attesi ricavati dalla distribuzione ACG della popolazione assistita.

Esso rappresenta quindi uno strumento a disposizione dell'organizzazione sanitaria per spiegare la quota di variabilità dei costi imputabile a differenze nelle condizioni di salute. Il risultato del confronto tra costi aggiustati per il rischio di malattia rappresenta la base informativa per poter conseguentemente avviare meccanismi di calibrazione nella distribuzione delle risorse sanitarie.

Nel 2014 il sistema ACG è stato adottato dalla Regione Veneto con l'obiettivo è di sviluppare metodologie che consentano di stratificare la popolazione, attribuire pesi proporzionati al carico di malattia e destinare le risorse in modo più coerente con i bisogni di salute, garantendo al contempo la sostenibilità del Sistema Sanitario.(Http://acg.regione.veneto.it)

Sviluppato dalla Johns Hopkins University di Baltimora , il sistema nasce dall'osservazione di una stretta relazione tra la presenza di comorbilità nella popolazione e il consumo di risorse sanitarie.

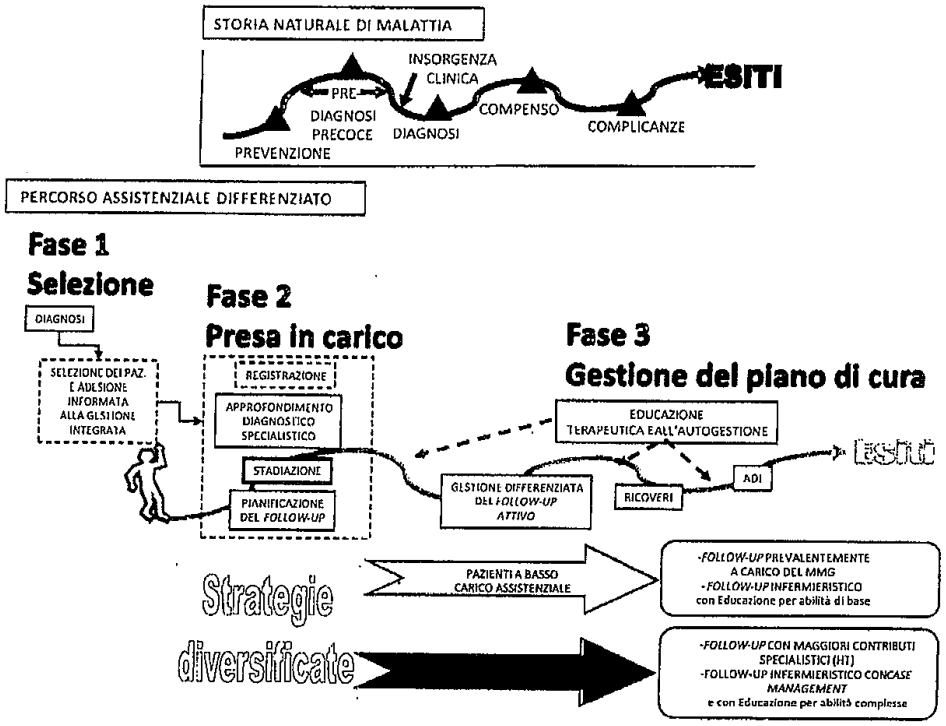
Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Percorsi Assistenziali che diano evidenza a contributi e responsabilità

La "storia naturale" di malattia (in alto nella figura seguente) è il binario-guida della programmazione degli interventi perché è grazie alla sua conoscenza che si è in grado di avere nozione degli snodi più critici nella gestione della patologia stessa e di stratificare i pazienti in sottoclassi, in base alla loro "storia clinica".

Le altre variabili, individuali e sociali, fanno parte di un ulteriore specifico approfondimento sul singolo "paziente-persona", che include tutti gli aspetti in grado di incidere, negativamente o positivamente, nella "storia personale" di ogni individuo con la propria cronicità.

Il "Percorso Assistenziale" (parte bassa della figura successiva), rappresenta, quindi, lo strumento di traduzione della storia naturale e dei suoi snodi critici in prassi assistenziale. Esso permette di evidenziare le fasi dell'assistenza e, all'interno di queste, i principali "prodotti assistenziali" che i diversi attori del sistema-salute dovranno garantire attraverso le loro attività.



Grazie a questo metodo, che utilizza un "paziente-tipo" come "tracciante" dei vari servizi e dei singoli professionisti impegnati nell'assistenza (mettendone in evidenza i contributi, le responsabilità ed i risultati), è possibile scomporre il processo assistenziale, dettagliando e, quindi, monitorando le caratteristiche e le modalità erogative dei singoli "prodotti".

Ad esempio, senza la "stadiazione" dei pazienti in sottoclassi di complessità (Fase 2) non potranno essere costruiti percorsi personalizzati, oppure il "Follow up" (Fase 3), definito "attivo" perché effettuato con richiamo (recall) dei pazienti per una più attenta adesione al piano di cura e per evitarne la "fuga" (drop out), che rappresenta la maggiore causa di peggioramenti e di ricoveri evitabili

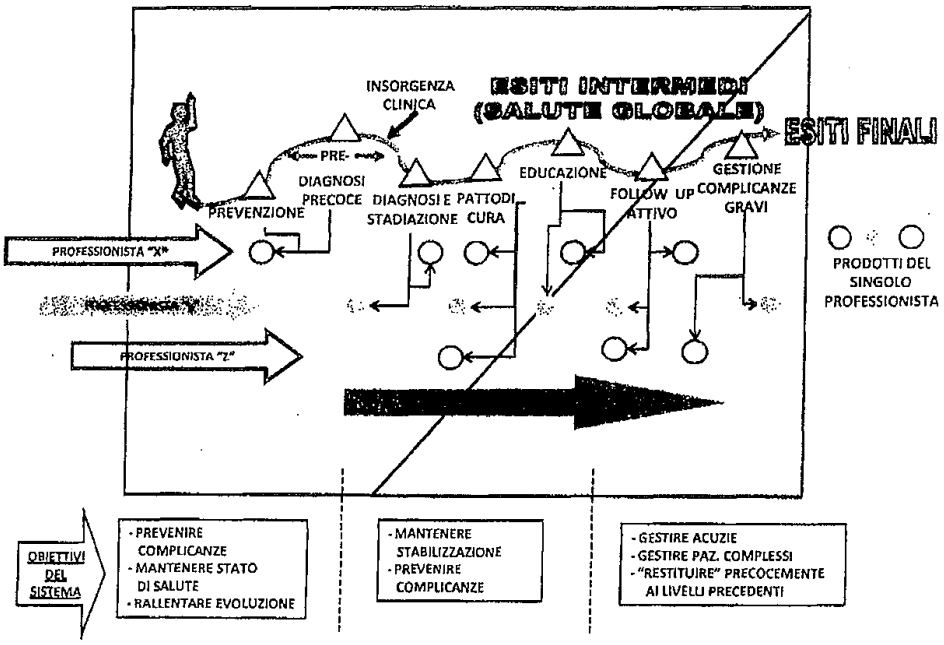
A proposito del Follow up, la figura mette in luce la necessità di assumere strategie attive ma anche diversificate a seconda del "carico assistenziale", strettamente connesso con il grado di complessità derivante dalla fase di "storia naturale" della malattia e dalla "storia personale" del singolo paziente (in un bilancio tra "fattori critici" e "fattori potenziali").

Pertanto il percorso del paziente con patologia cronica:

- deve essere pianificato nel lungo periodo e gestito in modo proattivo e differenziato, per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni specifici e prevenire l'insorgenza di complicanze evitabili;
- deve essere condiviso e gestito da un team composto da diverse figure (MMG, PLS, Infermiere, specialista territoriale e ospedaliero, assistente sociale, etc.) in una logica di collaborazione e corresponsabilità, individuando il soggetto responsabile della gestione del percorso di cura;
- il Follow up dovrà essere gestito con una maggiore o minore presenza dell'uno o dell'altro attore assistenziale, a seconda delle fasi e del grado di complessità, che mantiene sempre e comunque la propria "appartenenza" al Team integrato ed a tutta la rete assistenziale.

Il P.A. permette quindi di specificare e dettagliare, senza perdere di vista il continuum di una prassi assistenziale "integrata", l'insieme dei contributi, i singoli prodotti e le relative caratteristiche erogative, nonché le specifiche responsabilità di ognuno sui risultati attesi (vedi figura a pagina successiva).

CONTINUUM ASSISTENZIALE BASATO SULLA INTENSITA' DI CURA



Inoltre, il Percorso aiuta a mettere in luce le "interfacce" tra i diversi servizi ed attori assistenziali, usualmente poco governate nel sistema sanitario, e ad evidenziare gli "strumenti di confine" per integrarle tra loro. La sua struttura permette ancora di inserire tutti gli "*alert*" utili a prevenire proattivamente l'insorgere di aspetti critici (ad esempio l'abbandono del piano di cura da parte del paziente) che possono incidere sull'emergere di complicanze e sul peggioramento della storia clinica e della qualità di vita del paziente.

Relativamente alla valutazione di risultati, nei P.A. rivolti ai pazienti con patologia di lungo termine vi è la necessità di rivedere il paradigma di fondo relativo al concetto di "esiti", termine che i servizi e gli operatori sanitari sono abituati generalmente ad allocare (ed a misurare) alla fine del processo assistenziale, ed a leggere come esiti "puntuali" utilizzando parametri clinici (mortalità, morbosità, ecc.) o al più aggiungendo generici parametri di "qualità percepita" da parte del paziente. *Al contrario, l'esito nel paziente con patologia a lungo termine non può essere considerato soltanto una misurazione puntuale e "finale" effettuata attraverso indicatori clinici.*

Appare, invece, più utile e appropriato concepire gli esiti come un "insieme di risultati intermedi" e non solo finali, non solo clinici ma anche connessi alla disabilità e alla qualità di vita, dislocandoli lungo tutto l'*iter* dell'assistenza erogata e misurandoli attraverso indicatori che esplorino in modo multidimensionale la "salute globale" (mutuando la nota definizione WHO) del paziente-persona, come messo in evidenza nella figura precedente.

In questo senso, anche il concetto di *evidence*, nel campo della cronicità, è da considerarsi in un'accezione più ampia, come un approccio ed un metodo di generazione ed uso della conoscenza, basato sulla valorizzazione delle migliori evidenze scientifiche ma anche sulla piena valorizzazione del sapere derivante dal "vissuto" dei pazienti e dei Caregiver.

Tale sapere, che possiamo definire "narrativo"[9], deve essere considerato un bagaglio di conoscenza primario per programmare e per gestire l'assistenza e deve, quindi, essere rilevato anche attraverso l'uso sistematico di strumenti di partecipazione attiva del paziente e dei Caregiver e l'uso delle "storie di malattia" *(illness histories)*.

Gestire la "comunicazione/relazione" (che costituisce uno dei "prodotti" più importanti dell'assistenza sanitaria) in modo efficace ed empatico è il presupposto di base per orientare le organizzazioni sanitarie e tutti gli operatori verso i sempre più emergenti scenari di *Clinical Humanities*.

Percorsi Assistenziali che siano strumenti di Empowerment

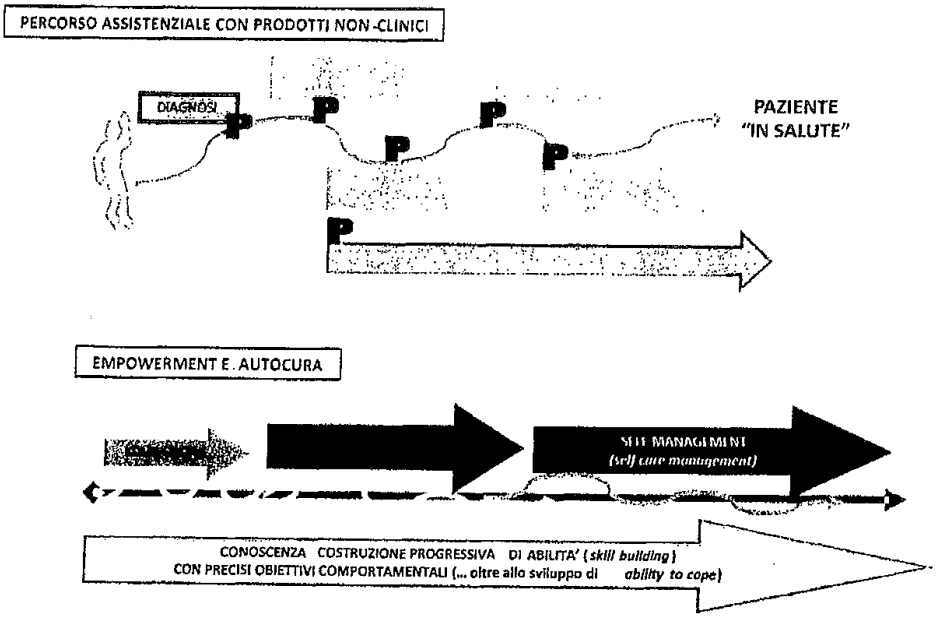
Il P.A. è un metodo che permette di porre in risalto tutte le variabili dell'assistenza, e cioè i prodotti legati all'organizzazione dell'assistenza (*"care"*), agli aspetti clinici (*"cure"*) ed all'empatia (*"caring"*).

La figura successiva mette in evidenza i *prodotti non clinici*, quali la "Comunicazione della diagnosi", il "Piano di cura personalizzato" ed il relativo "Patto di cura", oltre al complesso (e non collocabile in un momento puntuale) prodotto "Educazione", tutti usualmente trascurati in un classico Percorso Assistenziale "clinico-centrico".

E' diffusamente riconosciuta, in letteratura e nelle esperienze, la valenza fondamentale della "Comunicazione della diagnosi" come fattore che incide significativamente non solo sulla qualità di vita del paziente ma anche sull'evoluzione della storia clinica. L'efficace comunicazione della diagnosi è strettamente connessa alla cosiddetta capacità di "fare fronte" alla convivenza con la patologia (ability to cope) e ne costituisce la base di appoggio e di successivo sviluppo (vedi figura a pagina successiva).

[9] *Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. I Quaderni di Medicina. Il Sole24Ore Sanità (Allegato al N.7, 24 feb.-2 mar. 2015).*

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI



Il Prodotto *"Piano di Cura Personalizzato"*, ben diverso dal classico piano di cura clinico, diviene, quindi, un piano adattato alle problematiche specifiche, non solo cliniche, di ogni singolo paziente, ma anche ai suoi effettivi potenziali.

Il Piano di cura personalizzato costituisce, quindi, un programma che integra un "percorso assistenziale" con un "percorso esistenziale", che tiene, quindi, in primaria considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente, che è e resta l'attore fondamentale della propria cura, esperto della propria malattia "vissuta" (*illness*), ben diversa e lontana dal classico concetto clinico di malattia (*disease*), generalmente prevalente nei servizi e tra i professionisti.

A questo deve seguire un vero e proprio "Patto di cura", che vede un coinvolgimento del paziente molto più profondo rispetto alla semplice "adesione" (compliance).

E' del tutto evidente che i prodotti precedentemente menzionati non appartengono ad un solo attore assistenziale, ma vanno erogati in accordo nel team, con contributi diversificati ma convergenti, con le necessarie cadenze temporali e con i relativi rinforzi, in particolare nelle fasi più critiche della storia di malattia.

Anche l'educazione del paziente e dei Caregiver ha queste caratteristiche di multidimensionalità, di multiprofessionalità e multidisciplinarietà (team integrato), oltre che di vero e proprio "processo dinamico" in relazione allo sviluppo temporale legato all'evolversi della patologia ed ai relativi fabbisogni emergenti per il paziente e per la sua qualità di vita.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Nella parte bassa della figura precedente viene messa in luce la necessità di differenziare e personalizzare anche il prodotto *"Educazione"*, che deve adattarsi alle caratteristiche (limiti/potenzialità) del paziente e svilupparsi evolutivamente nel tempo. Si tratta di un percorso, strutturato e sistematico che, partendo dall'informazione-educazione sugli stili di vita utili a contrastare il malessere e l'evoluzione della patologia, deve progressivamente fornire una serie di competenze e di abilità al paziente ed ai Caregiver orientate verso la *capacità di "fare fronte"* alla malattia, verso il mantenimento dello stato di salute (self care maintenance) e, progressivamente, verso la vera e propria autogestione della patologia (self care management).

Rispetto all'efficacia del processo educativo va segnalata la tendenza dei sistemi più avanzati a "desanitarizzare" quest'area, evitando di perseguire gli eccessi specialistici della conoscenza e ricorrendo ad attori potenzialmente più empatici e più comunicativi. Fondamentale, quindi, in quest'area il ruolo dei pazienti-esperti, capaci di condividere e trasmettere anche il proprio "vissuto", così come importante è il ruolo del "volontariato esperto", annoverato nell'ampia area di esperienze che fa capo all'autogestione promossa attraverso personale "laico", non professionista (*"Lay-led Self Management"*)

In conclusione, il metodo del Percorso assistenziale, che mette in evidenza i prodotti, clinici e non clinici, ne definisce le caratteristiche (specifiche o standard di prodotto) e li rende verificabili, si presta bene ad implementare un sistema di valutazione che non prenda in considerazione solo i classici outcome di salute (morbilità, mortalità) ma dia la necessaria centralità anche a prodotti ritenuti erroneamente poco valutabili, quali la comunicazione, il patto e l'educazione, che costituiscono assi portanti per interventi efficaci, efficienti e centrati sui bisogni "globali" del paziente.

Il risultato di tali interventi potrà essere un "paziente con patologia cronica in salute", intendendo con tale formula non soltanto l'assenza di complicanze e di malessere ma anche una maniera quanto più "salutare" possibile di convivere con la propria patologia, che costituisce la base fondamentale del processo di empowerment.

B) Gli elementi chiave di gestione della cronicità

I concetti di fondo fin qui illustrati, devono essere pragmaticamente trasferiti, in maniera omogenea sul territorio nazionale, in un'organizzazione di lavoro che sia in grado di tradurli in pratica per dare vita ad nuovo modello di assistenza, prevenzione, diagnosi e cura delle persone affette dalle patologie croniche.

A questo fine può essere utile sottolineare *alcuni elementi "chiave"* che i sistemi organizzativi, attraverso il lavoro degli operatori, debbono traguardare, e, conseguentemente, gli strumenti più adeguati per il loro raggiungimento.

1. Aderenza

Si intende per aderenza sia quella della persona affetta da cronicità al percorso di cura identificato, sia quella degli operatori alle evidenze scientifiche delle Linee Guida che hanno permesso di disegnare il Percorso personalizzato del paziente.

L'indicatore che misura il raggiungimento di questo obiettivo è rappresentato dalla percentuale di osservanza del percorso e dalla percentuale di osservanza delle raccomandazioni scientifiche, verificabili tramite la registrazione del percorso stesso. Sarà comunque obbligatoria una costante analisi delle varianze, al fine di individuare eventuali modifiche migliorative.

2. Appropriatezza

Si intende per appropriatezza la corretta ed adeguata formulazione del percorso di cura da parte degli operatori, che selezioni accuratamente le fasi e le sedi di erogazione dei servizi e delle singole prestazioni, in base allo stadio di patologia individuato. La persona affetta dalla patologia cronica considerata è parte attiva nella formulazione del percorso e ne deve essere resa consapevole e corresponsabile.

L'indicatore principale di questo obiettivo è rappresentato dal numero e dalla frequenza del ricorso all'ambito ospedaliero (accessi di PS e ricoveri per cause correlate alla patologia di base).

L'appropriatezza va declinata anche all'interno del contesto ospedaliero, grazie alla definizione di "percorsi di cura dell'acuzie nella cronicità" definiti "a priori" di tipo pluridisciplinare e multiprofessionale, "tutorati" e garantiti da personale dedicato. Tali percorsi possono facilmente essere monitorati e misurati e il grado di appropriatezza deriva dalla loro osservanza. Anche in questo caso un'attenta e periodica analisi delle varianze consente un costante processo di miglioramento.

3. Prevenzione

Obiettivo fondamentale del sistema è quello di mettere in atto azioni mirate alla prevenzione primaria su persone individuate come "a rischio" di patologia cronica, attraverso la definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali

E' altresì fondamentale che, accanto ai sistemi di rilevazione del rischio in soggetti non ancora malati, sia perseguita sempre una strategia di prevenzione secondaria delle complicanze proprie delle patologie croniche considerate. Anche in questo caso la definizione puntuale di un PDTA guidato dalle evidenze e la sua osservanza rappresenta l'indicatore principale.

L'indicatore di questo obiettivo è rappresentato dal numero delle persone identificate e registrate come "a rischio" di patologia sul totale degli assistibili di un singolo team. È anche possibile estrarre dal sistema informativo qualche indicatore di risultato intermedio "*proxi*" (astensione dal fumo, calo del peso corporeo, riduzione dei fattori di rischio noti)

4. Cure domiciliari

Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata all'interno del suo contesto di vita quotidiana e impedire, o comunque ridurre al minimo, il rischio di istituzionalizzare il paziente in sedi comunitarie (ospedale, strutture residenziali territoriali). Il modello organizzativo deve quindi prevedere come fare fronte alle difficoltà nella mobilità della persona e provvedere a servizi dislocati sul territorio.

Indicatore base di questo obiettivo è il rapporto tra la totalità delle persone in carico al sistema (o al suo modulo) e quelle assistite parzialmente o totalmente a domicilio. Indicatore "proxi" è anche il numero complessivo delle istituzionalizzazioni delle persone malate.

5. Informazione, educazione, empowerment

Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alle cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di "empowerment" è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, Caregivers) da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate.

L'indicatore (di processo) di tale obiettivo è rappresentato dal numero complessivo di contatti del team di cura con la persona e con i componenti del contesto in un arco di tempo predefinito. Può essere anche previsto periodicamente un check sulle conoscenze acquisite attraverso questionari dedicati o interviste dirette.

6. Conoscenza e competenza

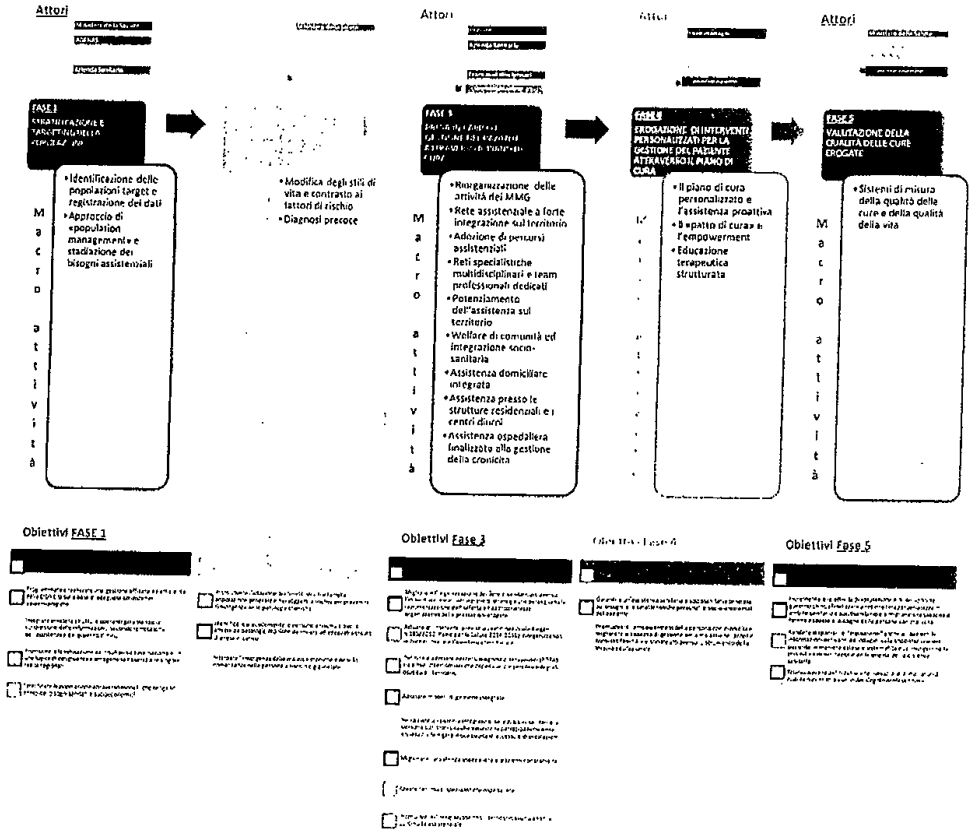
Tutto il personale dell'assistenza deve ottenere un'adeguata formazione e dimostrare di avere raggiunto il grado di conoscenza e competenza necessario al raggiungimento degli obiettivi assistenziali. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso due azioni contemporanee con targets diversi:

a. il sistema di formazione universitario delle Scuole di Medicina, Scienze Infermieristiche, Fisioterapia/Logopedia, Farmacia deve dotarsi di strumenti didattici che prevedano sia nel livello base che in quello specialistico l'insegnamento delle tecniche di cura delle cronicità;
b. il sistema di formazione continua degli operatori del Servizio sanitario deve prevedere costanti aggiornamenti obbligatori su questi temi

C) Il macroprocesso di gestione della persona con malattia cronica

Il Piano, nella declinazione degli obiettivi specifici e delle linee di intervento, ha inteso utilizzare una metodologia che, *disegnando il percorso del malato cronico suddiviso in fasi*, ne descrive gli aspetti peculiari e le macroattività, proponendo uno o più obiettivi con le relative linee di intervento e i risultati attesi (vedi figura successiva).

IL DISEGNO DEL MACROPROCESSO



STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

1

MACRO ATTIVITA'
- Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
- Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali

MINISTERO DELLA SALUTE

AGENAS

AZIENDA SANITARIA

OBIETTIVI
- Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche.
- Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.
- Promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.
- Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. integrare e potenziare le banche dati ed i flussi informativi esistenti, con i dati dei sistemi di sorveglianza e le indagini campionarie, tenendo conto delle diverse modalità organizzative esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata della cronicità non solo basato sul consumo di prestazioni sanitarie, ma anche sui determinanti di salute socioeconomici e culturali e su stili ed abitudini di vita
2. misurare l'incidenza e la prevalenza delle malattie croniche, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo, condividendo metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici
3. promuovere la costruzione di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale
4. definire, attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro (nazionali e regionali), una lista di indicatori condivisi per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi), tenendo anche conto di quanto definito a livello internazionale e nazionale
5. identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie

RISULTATI ATTESI

Incremento del numero dei programmi di stratificazione della popolazione attivati in accordo con i rischi clinici e i bisogni di salute e sociosanitari

Per definire le strategie di intervento e personalizzare il percorso assistenziale è di fondamentale importanza il processo di stratificazione, che deve tener conto non solo dei criteri clinici ma anche di tutti quei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sulla effettiva capacità del paziente di gestire la propria patologia.

MACROATTIVITA'

IDENTIFICAZIONE DELLE POPOLAZIONI TARGET E REGISTRAZIONE DEI DATI

Uno dei fondamenti su cui poggia una gestione efficace ed efficiente della cronicità è la realizzazione di un sistema informativo per identificare la popolazione target, per svolgere una funzione proattiva di coinvolgimento delle persone all'interno del processo, per aiutare gli operatori coinvolti a condividere efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie per la gestione di un percorso di cura strutturato.

Non va inoltre dimenticata la produzione di conoscenza ad uso della programmazione e la diffusione di informazioni per gli attori informali (familiari, volontari, cittadini in generale).
Il quadro di riferimento potrebbe essere quello della Public Health Surveillance (PHS) come definita dai CDC (Centers for Disease Control and Prevention)[10] in cui la conoscenza è il fondamento della consapevolezza. La PHS implica la sistematica e continua raccolta di dati da fonti diverse, l'analisi e l'interpretazione di tali dati, seguite dalla disseminazione delle informazioni per stimolare l'azione della sanità pubblica.

APPROCCIO DI POPULATION-MANAGEMENT
E STADIAZIONE DEI PAZIENTI

L'approccio di Population-Management rappresenta un caposaldo della letteratura sulle patologie croniche. La sua finalità è la differenziazione della popolazione affetta in sub-popolazioni (sub-target) identificate sulla base della complessità assistenziale (disease staging) in relazione allo stadio di sviluppo della malattia, all'esistenza o meno di complicanze, di specifici fabbisogni legati a coesistenza di altre patologie, necessità di devices, scarsa risposta alle terapie, etc.
Questa differenziazione risulta indispensabile per definire le strategie e gli interventi specifici più efficaci per i singoli sub-target di pazienti e "personalizzare" l'assistenza e il Piano di cura, nel rispetto del principio di centralità del paziente e delle sue scelte, ma è anche requisito di efficacia e di efficienza attraverso la riduzione degli interventi inappropriati.

OBIETTIVI PROPOSTI

- Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche.
- Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.
- Promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.
- Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici.

ALCUNE CRITICITÀ

DA UN PUNTO DI VISTA GENERALE IL PERCORSO DI ATTUAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO DOVREBBE ESSERE COERENTE CON LE POLITICHE SANITARIE REGIONALI GIÀ ESISTENTI. LA SOLUZIONE IDEALE DOVREBBE ESSERE UN INTERVENTO STRATEGICO COMPLESSIVO, MIRATO A TUTTE LE PRINCIPALI PROBLEMATICHE DELLA CRONICITÀ. INFATTI, I PIANI D'AZIONE SU SINGOLI PROBLEMI O SU SINGOLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE/OPERATIVE, RISCHIANO DI CREARE UNA FRAMMENTAZIONE TRA I RELATIVI SISTEMI INFORMATIVI, CHE NE RIDURREBBE DRASTICAMENTE L'EFFICACIA. È NECESSARIO, INOLTRE, PUR RISPETTANDO E VALORIZZANDO LE DECISIONI E LE ESPERIENZE EFFETTUATE IN CONTESTI CLINICI E TERRITORIALI ETEROGENEI, GARANTIRE UNA COERENZA TRA I DIVERSI SISTEMI INFORMATIVI, DA CONCORDARE NELLE SEDI OPPORTUNE IN AMBITO NAZIONALE.

[10] *CDC's vision for public health surveillance in the 21th century. MMWR 2012;61(Suppl; July 27, 2012)*

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Integrare e potenziare le banche dati ed i flussi informativi esistenti con i dati dei sistemi di sorveglianza e le indagini campionarie, tenendo conto delle diverse modalità organizzative esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata della cronicità non solo basato sul consumo di prestazioni sanitarie, ma anche sui determinanti di salute socioeconomici e culturali e su stili ed abitudini di vita.
2. Misurare l'incidenza e la prevalenza delle malattie croniche, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo, condividendo metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici
3. Promuovere la costruzione di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale.
4. Definire, attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro (nazionali e regionali), una lista di indicatori condivisi per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi), tenendo anche conto di quanto definito a livello internazionale e nazionale.
5. Identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie.

RISULTATI ATTESI

- Incremento del numero dei programmi di stratificazione della popolazione attivati, in accordo con i rischi clinici e i bisogni di salute e sociosanitari.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

MINISTERO DELLA SALUTE

- Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
- Diagnosi precoce

ASSOCIAZIONI

- Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.
- Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.
- Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

1. attuare gli interventi previsti a livello nazionale dai principali programmi di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche (Piano Nazionale di Prevenzione, Guadagnare Salute)
2. implementare i sistemi di sorveglianza sulla prevalenza di fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili (MCNT) nella popolazione generale previsti a livello nazionale al fine di seguire i fenomeni nel tempo, raffrontare le diverse realtà (a livello locale, regionale, nazionale e internazionale) e valutare l'efficacia degli interventi
3. promuovere una corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulle malattie croniche
4. realizzare strategie di popolazione a carattere intersettoriale con i portatori di interessi per la prevenzione di tabagismo, abuso di alcol, scorretta nutrizione, sedentarietà, sovrappeso/obesità
5. realizzare iniziative rivolte a individui o gruppi di individui per la prevenzione di tabagismo, abuso di alcol, scorretta nutrizione, sedentarietà, sovrappeso/obesità
6. programmare interventi di popolazione mirati a identificare precocemente i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT o con patologia già in atto, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari
7. attuare iniziative di counselling motivazionale individuale o di gruppo, indirizzando i soggetti a rischio o già malati verso un'adeguata presa in carico, anche con offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare, ecc.) o terapeutico-assistenziale

Le principali patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito e malattie respiratorie croniche, condividono alcuni fattori di rischio comuni modificabili (fumo di tabacco, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà) e alcuni cosiddetti fattori di rischio intermedi (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, intolleranza ai carboidrati, sovrappeso/obesità). Questi fattori di rischio, da soli, sono responsabili del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.

Dipartimento per la Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

MACROATTIVITA'

MODIFICA DEGLI STILI DI VITA E CONTRASTO AI FATTORI DI RISCHIO

Il contrasto ai fattori di rischio comuni modificabili passa attraverso la modifica degli stili di vita della popolazione, per ottenere la quale, tuttavia, è necessario il supporto di settori della società diversi da quello sanitario, che deve, comunque, mantenere il ruolo di promotore e coordinatore delle azioni. Tale approccio si realizza attraverso programmi di promozione di corretti stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione.

Tali programmi sono finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari, attraverso un approccio multi-componente (trasversale ai determinanti di salute), per ciclo di vita (life-course), per setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.), con il coinvolgimento di tutti i diversi "portatori di interesse", dai responsabili politici alle comunità locali (empowerment di comunità).

La collaborazione intersettoriale permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti e sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario. Il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", approvato con DPCM del 4 maggio 2007, ha avviato tale processo "intersettoriale" per interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, uso dannoso di alcol) sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita (ridefinire l'assetto urbanistico per favorire gli spostamenti a piedi o in bicicletta, migliorare l'offerta di alimenti sani, migliorare la qualità dell'aria, garantire ambienti di lavoro sicuri e sani, ecc.), con un approccio di "salute in tutte le politiche". Il programma Guadagnare salute ha dato luogo alla collaborazione tra diversi settori mediante lo sviluppo di intese e accordi nazionali con soggetti non sanitari che hanno trovato ulteriore declinazione e rinforzo nei Piani Nazionali della Prevenzione (PNP).

DIAGNOSI PRECOCE

La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi può essere perseguita mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi. Anche per questi fattori l'obiettivo finale è quello di mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute.

L'identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili (MCNT) o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico da parte del Sistema sanitario è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine. La diagnosi precoce, infatti, seguita dall'attivazione di interventi mirati alla modificazione degli stili di vita, trasversali, ove possibile, a tutti i fattori di rischio, e integrati, quando opportuno, con percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, permette di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

L'utilizzo di tecniche di counselling motivazionale (individuale o di gruppo), indirizzando i soggetti identificati anche verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare...) o terapeutico specifici (es. prescrizione attività fisica), facilita il raggiungimento di tale obiettivo. Anche per tali fattori di rischio, comunque, l'obiettivo finale è quello di mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute.

OBIETTIVI PROPOSTI

- Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.
- Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.
- Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

ALCUNE CRITICITÀ

ALL'ATTUALE RILEVANTE PESO EPIDEMIOLOGICO, SOCIALE ED ECONOMICO DELLE MALATTIE CRONICHE, SI DEVE AGGIUNGERE LA PREVISIONE DI AUMENTO NEI PROSSIMI ANNI LEGATA ALL'INNALZAMENTO DELL'ETÀ MEDIA DELLA POPOLAZIONE E ALL'INCREMENTO DELLA POPOLAZIONE GLOBALE.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Attuare gli interventi previsti a livello nazionale e regionale dai principali programmi di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche (Piano Nazionale e regionali di Prevenzione, Guadagnare Salute).
2. Implementare i sistemi di sorveglianza sulla prevalenza di fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili (MCNT) nella popolazione generale previsti a livello nazionale al fine di seguire i fenomeni nel tempo, raffrontare le diverse realtà (a livello locale, regionale, nazionale e internazionale) e valutare l'efficacia degli interventi.
3. Promuovere una corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulle malattie croniche.
4. Realizzare strategie di popolazione a carattere intersettoriale con i portatori di interessi per la prevenzione di tabagismo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà, sovrappeso/obesità.
5. Realizzare iniziative rivolte a individui o gruppi di individui per la prevenzione di tabagismo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà, sovrappeso/obesità.
6. Programmare interventi di popolazione mirati a identificare precocemente i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT o con patologia già in atto, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari
7. Attuare iniziative di counselling motivazionale individuale o di gruppo, indirizzando i soggetti a rischio o già malati verso un'adeguata presa in carico, anche con offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare, ecc.) o terapeutico-assistenziale

RISULTATI ATTESI

- Incremento del numero dei programmi volti ad identificare i soggetti in condizioni di rischio o con patologia in atto.
- Incremento del numero dei programmi di comunità (es. gruppi di cammino).
- Incremento del numero di interventi volti ad aumentare nella popolazione la conoscenza delle malattie croniche e dei fattori di rischio.
- Incremento di programmi di prevenzione e promozione della salute indirizzati a precisi target di popolazione che tengano conto dei risultati della stratificazione.

La fase successiva del macroprocesso di gestione *(Fase 3 - Presa in carico e gestione della persona con cronicità attraverso il piano di cura)* si sviluppa interessando tre aree: organizzazione dei servizi, integrazione sociosanitaria, organizzazione dell'assistenza ospedaliera (vedi box pagine successive).

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

MACRO ATTIVITA'
- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

REGIONI

AZIENDA SANITARIA

TEAM MULTI-DISCIPLINARI

ASSOCIAZ.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. realizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi)
2. razionalizzare la distribuzione delle risorse, promuovendo l'integrazione dell'assistenza
3. creare una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale
4. valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari
5. inserire ogni singolo paziente, fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di PDTA ai quali partecipino tutte le figure assistenziali coinvolte con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia (team multiprofessionali)
6. individuare figure di coordinamento che garantiscano la continuità territorio-ospedale e l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura
7. definire PDTA nazionali nel rispetto delle raccomandazioni e linee guida, almeno per le più importanti malattie croniche, ai fini di un uso appropriato delle risorse
8. utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
9. sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

OBIETTIVI
- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la riqualificazione della rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali.
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata

RISULTATI ATTESI
- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

MACRO ATTIVITA'
- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

REGIONI

AZIENDA SANITARIA

TEAM MULTI-DISCIPLINARI

ASSOCIAZIONI

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. promuovere un approccio che favorisca il benessere delle persone con cronicità, attraverso modelli di welfare di comunità, evitando la medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali
2. sostenere interventi volti a garantire il diritto di fruizione dei servizi e delle prestazioni e l'equità di accesso alle reti sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali
3. implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso (PUA) presso i Distretti sanitari
4. potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi
5. garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere
6. integrare e potenziare le forme di sussidiarietà orizzontali e verticali tra i vari attori istituzionali

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

OBIETTIVI

Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni

RISULTATI ATTESI
- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

3

MACRO ATTIVITA'
- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

REGIONE

AZIENDA SANITARIA

TEAM MULTI-DISCIPLINARI

ASSOCIAZIONI

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. promuovere interventi finalizzati ad assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale alle persone affette da cronicità che accedono alle cure ospedaliere, sia in emergenza/urgenza, che in elezione
2. favorire la definizione, secondo standard EBM, di specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali multidisciplinari intraospedalieri almeno per le principali patologie croniche (neurologiche, pneumologiche, cardiologiche, metaboliche, vascolari, oncologiche, ortopediche, reumatologiche)
3. garantire la trasmissione delle informazioni al momento della dimissione, assicurando la continuità assistenziale sul territorio in contatto con il sistema delle cure primarie
4. promuovere l'istituzione della figura del medico "tutor" per la persona affetta da cronicità al momento dell'accesso ospedaliero, che gestisca il percorso clinico intraospedaliero e si raccordi con il sistema territoriale
5. sperimentare modelli di ospedale per intensità di cura e valutarne l'efficacia sul paziente ricoverato

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

OBIETTIVI
- Migliorare l'assistenza ospedaliera ai pazienti con cronicità
- Creare reti multi-specialistiche ospedaliere
- Promuovere l'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale

RISULTATI ATTESI
- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Gli elementi sui quali disegnare un sistema delle Cure Primarie specificamente orientato alla cura delle cronicità sono i seguenti:

- l'assistenza deve essere erogata da un team di operatori multiprofessionale, multidisciplinare e con diversi livelli di competenza;
- l'aggregazione del team, anche in assenza di una sede condivisa, deve essere promossa e favorita dall'organizzazione del lavoro (audit, discussioni casi, analisi delle varianze);
- l'assistenza deve essere accessibile continuativamente;
- i ruoli all'interno del team di lavoro sono definiti, e i diversi membri assumono un diverso impegno assistenziale base alla fase evolutiva della patologia o a condizioni temporanee.

Il team, adeguatamente formato sui principi del modello di cura delle cronicità, deve saper usare al massimo i sistemi di comunicazione interpersonale, compresi gli strumenti della comunicazione a distanza (ICT), di cui dovrà essere dotato.

Il team deve raccogliere i dati clinici delle persone che assiste, per la successiva valutazione degli interventi in base agli indicatori proposti. Tutti i dati raccolti debbono essere a disposizione di ogni componente del team e, ovviamente, della persona affetta dalla malattia o in stato di rischio. Ogni componente del team, compresa la persona malata, può introdurre dati utili con modalità riconoscibili da parte degli altri componenti. I dati raccolti serviranno anche per calcolare correttamente gli indicatori di processo e di risultato, utili alla definizione dell'adeguatezza dei processi e alla valutazione di esiti.

Almeno uno degli infermieri svolge la funzione di "Care Management", organizza il richiamo periodico dei pazienti, mantiene il collegamento diretto con il "tutor" ospedaliero, organizza la partecipazione a programmi educativi di gruppo.

Il successo di modelli integrati di cura per la presa in carico del paziente cronico richiede una forte e reale integrazione delle strutture (direzionali, operative e di ricerca) e delle competenze (organizzative, cliniche e tecniche) preposte all'adozione e implementazione degli stessi, secondo quanto previsto dai principi della Clinical Governance e dell'Health Technology Assessment.

Per ottimizzare il processo di gestione del paziente cronico le tecnologie della sanità digitale (e-Health) possono risultare una grande risorsa. Il modello concettuale di CCM viene "rafforzato" dalle tecnologie di e-Health (eCCM) che contribuiscono all'attuazione dei contenuti del PDTA e possono inoltre fornire un supporto fondamentale nell'ambito dell'educazione e della formazione del paziente, che rappresenta una componente fondamentale del CCM (e-Health education).

Infatti, le tecnologie e-Health garantiscono la realizzazione di una modalità operativa a rete, facilitando l'integrazione tra le varie figure deputate all'assistenza e alla erogazione dei servizi. In particolare, nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione delle cure primarie, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come le tecnologie possano migliorare l'operatività, nel luogo dove il paziente vive, favorendo così la gestione domiciliare della persona e riducendo gli spostamenti spesso non indispensabili e i relativi costi sociali. Inoltre il cittadino/paziente usufruisce con facilità degli strumenti tecnologici che lo aiutano e lo accompagnano nella gestione della propria salute nella vita di tutti i giorni, attraverso diversi dispositivi e ovunque esso si trovi, anche nell'emergenza. I servizi forniti possono comprendere varie tipologie di prestazioni che si differenziano per complessità, tempi di attuazione, utilizzo diversificato di risorse in relazione alla tipologia dei bisogni dei pazienti.

RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEI MMG

La definizione del Piano di cura e la stipula del Patto di cura rientrano tra i compiti propri del MMG o del PLS che ha preso in carico un paziente cronico; nella sua stesura, il medico dovrà tener conto delle diverse competenze specialistiche e professionali coinvolte nel processo di cura per il sovrapporsi di patologie diverse, di funzioni lese o compromesse o di problematiche socio-assistenziali, operando una sintesi adeguata alla specifica condizione clinica. In casi particolari, in cui il paziente cronico sia direttamente in

carico ad una struttura o a un servizio specialistico, in ragione della complessità clinica o socio - assistenziale, il PAI specialistico sarà definito dal medico che ha l'effettiva responsabilità della cura e condiviso con il MMG o PLS.
Analogamente, il coordinamento dell'attività clinica dell'équipe multi-professionale impegnata nell'attuazione del PAI deve rientrare nei compiti precipui del MMG-PLS, fatti salvi i casi sopracitati in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato; in tali casi sarà il medico effettivamente responsabile del rapporto di cura che dovrà farsi carico, nello specifico, del coordinamento dell'equipe.

Il rapporto continuativo del MMG col paziente dovrebbe essere opportunamente utilizzato per raggiungere alcuni obiettivi "strategici", corrispondenti spesso ad altrettante criticità assistenziali (aderenza agli stili di vita, aderenza alle terapie e al percorso di cura, raggiungimento dei target terapeutici, ecc).

La legge n. 189/2012 rende obbligatorie forme aggregative mono-professionali e multi-professionali (rispettivamente le AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali – e le UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie), attraverso il necessario adeguamento degli Accordi Collettivi Nazionali, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi accordi e nel rispetto dell'art. 15, comma 23 della L. n. 135/2012, per agevolare l'integrazione e il coordinamento operativo tra tutti gli operatori del territorio secondo le modalità operative e gli "standard organizzativi/ strutturali" individuati dalle Regioni.

Il Patto per la Salute 2014-2016 (art. 5, co. 1-8) ha poi stabilito che "le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009)".

Il cambiamento dei modelli assistenziali per la cronicità conferma la necessità di un rapporto sempre più stretto tra le cure primarie e quelle specialistiche; così, la Standing Conference for General Practice in the Northern Deanery ha definito una nuova figura di medico di medicina generale che integra il suo ruolo di generalista con la conoscenza di un'area disciplinare, non così avanzata e profonda da eguagliare quella dello specialista (al quale questa figura non intende sostituirsi), ma tale da affrontare la problematica del paziente con maggiore competenza e offrire un ulteriore servizio di alta qualità.

Anche l'Italia sta muovendo i primi passi in questa direzione: la SIMG, attraverso la scuola di alta formazione, intende formare i futuri dirigenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), cardine della nuova assistenza sul territorio e, in linea con quanto sta avvenendo in molti paesi europei, formare una nuova figura di MMG definito *"con interessi disciplinari speciali"* da integrare nell'organizzazione delle cure primarie per iniziare un percorso verso la media intensità di cura e ridurre la distanza con l'ospedale. L'obiettivo è quello di formare figure professionali in grado di coordinare al meglio le attività svolte sul territorio con quelle dell'ospedale, creando una vera e propria interfaccia, una sorta di cerniera evoluta con la medicina specialistica, già presente in altri Paesi Europei.

I medici in questione potrebbero mettere a frutto la loro competenza, nell'ambito nelle UCCP e nelle AFT riducendo i costi del Servizio sanitario e evitando spesso inutili consulenze, con abbattimento delle liste di attesa; potrebbero favorire una diffusione delle conoscenze nelle rispettive materie tra i medici di medicina generale, anche attraverso l'istruzione e formazione sul campo, risolvere alcuni problemi del paziente

setting delle cure primarie, accelerare la formulazione della diagnosi ferma restando la visione olistica che caratterizza le cure primarie. Le aree dove sarebbe possibile attivare la presenza di questi medici sono molteplici e, in particolare, l'area psichiatrica, l'area del controllo del dolore, delle cure palliative, l'area cardiovascolare e quella metabolica.[11]

RETE ASSISTENZIALE A FORTE INTEGRAZIONE SUL TERRITORIO

Il territorio rappresenta il luogo privilegiato per valutare i bisogni del paziente e presidiare i percorsi dei pazienti cronici, costituendo un centro di offerta proattiva e personalizzata di servizi in integrazione e in continuità con l'offerta sociosanitaria.

Va sottolineato come questo sia il setting migliore per affrontare e gestire tutte le complessità e le eventuali comorbilità, anche grazie alla possibilità di avvalersi di competenze specialistiche multidisciplinari articolate, per quanto possibile, in sistemi "a rete" di tipo ambulatoriale (ambulatori protetti, ambulatori specialistici multidimensionali e multidisciplinari, day service) o ospedaliero diurno (day hospital, day surgery), o in ospedali di comunità, riservando i ricoveri ordinari a casi limitati o di grande severità e complessità.

Occorre adeguare l'organizzazione territoriale ed ospedaliera, rivedendo l'intera filiera dei suoi servizi secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa complessità. La sfida è quella di implementare le previsioni normative della legge n.189/2012 e del Patto per la salute 2014-2016, riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale in modo da fornire ai cittadini un servizio nuovo ed efficace, capace di rispondere ai loro bisogni e ai bisogni emergenti della società.

L'obiettivo è quello di superare la modalità frammentata che caratterizza molti servizi e improntare l'assistenza territoriale a nuovi principi di tutela delle persone: Chronic Care Model, presa in carico, garanzia della continuità dell'assistenza, utilizzo di equipe multidimensionali, con conseguente riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso e attuazione di una vera e propria assistenza H24.
Ogni Regione declinerà le modalità organizzative più adeguate, secondo i propri strumenti di programmazione e secondo le specificità territoriali

ADOZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI

Nell'approccio tradizionale della *evidence-based healthcare*, gli standard di cura derivano direttamente dalle evidenze scientifiche opportunamente raccolte, elaborate e condivise dagli attori coinvolti in specifici percorsi di cura. Il razionale dell'utilizzo di tale approccio è legato alla validità dei risultati che deriva dal

[11] *An NHS Deanery is a regional organization responsible for postgraduate medical and dental training, within the structure of the National Health Service (NHS) in Scotland, Wales and Northern Ireland. Each Deanery is responsible for coordinating postgraduate medical and dental education within a given region, to standards that are set by the General Medical and Dental Councils. Deaneries are each advised by a Specialty Training Committee (STC), which includes Consultants.*

metodo scientifico applicato agli studi primari e da tutta la metodologia sviluppata negli ultimi decenni per la valutazione dell'evidenza e la formulazione di linee guida basate sull'evidenza.

Su tali basi, con la finalità di migliorare la qualità dei servizi sanitari nel contesto di uno scenario economico sfavorevole, le organizzazioni sanitarie sviluppano percorsi clinici definiti (piani diagnostico terapeutici assistenziali, PDTA) per diverse condizioni morbose acute o croniche in diverse fasi di malattia e livelli assistenziali (PDTA territoriali, ospedalieri o Percorsi Integrati di Cura – PIC), che hanno la finalità di ottimizzare il processo di cura, applicando gli standard di cura nel contesto strutturale e funzionale in cui il paziente si trova. I PDTA rappresentano uno strumento di programmazione del processo di cura e di integrazione tra diversi professionisti e diverse strutture e rappresentano la base dei programmi di gestione di malattia (disease management program).

I Percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA), quindi, devono essere intesi come "processi capaci di guidare la filiera delle offerte nel governo dei servizi per le patologie croniche" Essi dovranno essere progettati in modo da assicurare la presa in carico, l'appropriatezza delle cure (la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto), la continuità assistenziale (intesa come integrazione di cure, di professionisti e di strutture), e la "standardizzazione" dei costi.

Inoltre dovranno essere "personalizzati", in relazione ai bisogni di cura e assistenziali dei pazienti (con particolare attenzione alla gestione "territoriale") in una logica di "salute globale" che presti attenzione anche alla "malattia vissuta" e ai bisogni non-clinici.

Dovranno infine essere modulati in rapporto alla stadiazione (con particolare attenzione alle comorbidità, alle cronicità complesse e all'utilizzo di tecnologie ad alto costo), gestiti attraverso lo strumento del follow up attivo (medicina d'iniziativa, assistenza pro-attiva), concordati con il paziente (Patto di cura), applicati e dinamicamente monitorati (attraverso indicatori di processi e di esito) per alimentare la verifica delle performance.

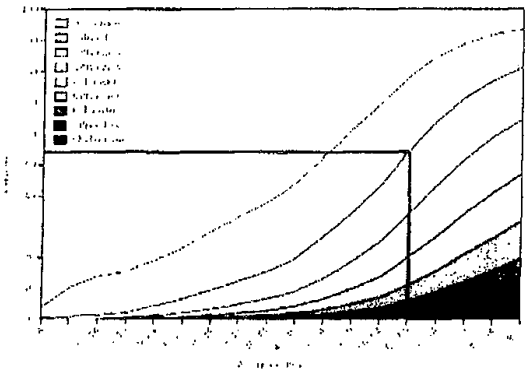
Questa "conoscenza di sistema" è utile per rivedere criticamente le strategie attuative e dare corpo alle logiche di accountability (cioè "verificabilità" intesa come "rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate") che stanno alla base del governo clinico. La standardizzazione e la condivisione di Percorsi assistenziali sono un requisito per la loro efficacia e implementazione.
In tale ottica appare utile la condivisione, almeno per le più importanti malattie croniche, di percorsi clinici nazionali.

Pazienti cronici con multimorbidità

La principale limitazione dei PDTA nelle malattie croniche è legata ad una intrinseca rigidità che confligge con il bisogno di personalizzazione delle cure. Tale limite si manifesta nella definizione di obiettivi di salute non contestualizzati nel soggetto, particolarmente nel paziente con multimorbidità, in cui la comorbidità interferisce con l'applicazione del percorso ideale e 'attrae' la traiettoria principale verso un percorso alternativo diverso da quello ideale, ma egualmente appropriato per il paziente specifico. La crescente complessità dei malati cronici rende spesso non applicabili i percorsi di cura al singolo paziente.

La prevalenza della multimorbidità, pur variando a seconda della casistica considerata e degli studi condotti, è presente nella popolazione generale, in una quota del 20-30%; il dato però cresce drammaticamente dal 55% al 98% se consideriamo la popolazione anziana o le classi sociali disagiate. Il

grafico di Holmes nella figura a pagina successiva evidenzia in modo estremamente chiaro questo andamento.



La frazione di popolazione con multimorbidità aumenta sostanzialmente con l'età. Se consideriamo la popolazione con più di 60 anni l'incidenza di due o più malattie supera il 50%. (Modificata da Barnett et al Lancet 2012).

Il malato cronico affetto da più patologie incidenti contemporaneamente, presenta quindi un fenotipo clinico risultante che è determinato e influenzato non solo da fattori biologici (malattia-specifici) ma anche da determinanti non biologici (status socio-familiare, economico, ambientale, accessibilità delle cure ecc.), che interagiscono fra di loro e con i fattori malattia-specifici in maniera dinamica a delineare la tipologia del "malato complesso". Un'assistenza ottimale non può prescindere dalla capacità del medico di indagare e riconoscere il fenotipo e in prospettiva l'associazione genotipo-fenotipo attraverso un complesso pattern di parametri clinico-anamnestici al fine di gestire con una visione olistica il percorso di salute del paziente.

Affrontare quindi un paziente con condizioni cliniche multiple fa emergere lo spinoso problema della gestione clinica di pazienti per cui si renderebbe necessario seguire le indicazioni di due o più linee guida (una per ogni singola malattia) con la conseguenza di far fronte ad eventuali incompatibilità o eventuali scelte da compiere tra i vari percorsi diagnostico-terapeutici presentati singolarmente ma non nella loro complessità interazionale.

Un approccio organico alla gestione del paziente multiproblematico sul territorio deve essere saldamente ancorato al riconoscimento degli elementi di complessità che connotano sia l'individuo con il suo fenotipo e i suoi specifici bisogni, che il contesto nel quale questo si colloca e interagisce con persone, servizi e strutture sanitarie e sociosanitarie

Su tale base acquisisce valore il concetto di *medical generalism*, in cui la conoscenza della persona nel suo intero e dei suoi bisogni, la visione continua degli eventi (non solo) sanitari del singolo soggetto - integrate con le conoscenze basate sulle evidenze - determinano scelte più appropriate e fattibili per il singolo paziente *(evidence based practice)*.

Il risultato di tale processo fondamentale applicato ai pazienti con malattie croniche è quello di una programmazione di un percorso di cura individuale. La programmazione e l'esecuzione effettiva nel tempo di prestazioni sanitarie per i pazienti con malattia cronica rappresentano quindi una fonte di conoscenza

Organizzazione Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta REGIONE PUGLIA

che può aiutare a identificare percorsi alternativi fattibili adeguati alla gestione di pazienti cronici con multimorbidità.

La crescente diffusione di dati in campo sanitario offre la possibilità di analizzare pragmaticamente i percorsi di cura effettivamente realizzati attraverso l'estrazione ('*mining*') di pattern di prestazioni sanitarie programmate o erogate per le diverse condizioni morbose e le loro combinazioni, da cui ricavare gli elementi per definire un PDTA il più vicino possibile al bisogno ideale di un paziente in quelle condizioni. Tale approccio può rappresentare uno strumento di analisi della reale implementazione della *evidence-based practice* come elaborazione e contestualizzazione individuale della *evidence based healthcare*.

RETI SPECIALISTICHE MULTIDISCIPLINARI E TEAM PROFESSIONALI DEDICATI

Ferma restando la necessità di individuare il setting di cura più appropriato per la cronicità e costruire piani di cura in relazione ai bisogni "globali" di assistenza, è necessario potersi avvalere dell'impegno del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta in stretta connessione con i livelli specialistici multidisciplinari e i team professionali "dedicati".

Il termine "rete specialistica multidisciplinare" sottolinea proprio che, in considerazione della complessità delle patologie croniche e delle comorbilità, oltre allo specialista specifico, vi è necessità di integrare nel disegno assistenziale una rete di altri specialisti. Una rete lungo la quale il paziente possa circolare, attivamente indirizzato verso i contesti che siano in grado di rispondere meglio alle esigenze specifiche, guidato dal proprio percorso di cura e non in base all'occasionalità del manifestarsi del bisogno assistenziale (usual care).

Nel contempo, il team professionale dedicato opera in modo coordinato attorno ai problemi dell'assistenza alla persona con cronicità, elaborando procedure condivise, periodicamente revisionate, e assicurando la condivisione delle informazioni anche con i pazienti. Le sue funzioni sono: assistenziali, in rapporto ai diversi livelli di intensità di cura, di educazione terapeutica, di raccolta di dati clinici.

Il team comprende figure cardine dell'assistenza: l'infermiere (che riveste un ruolo primario anche per il follow up infermieristico), il/la dietista (che garantisce informazioni sullo stato nutrizionale del paziente, sul grado di adesione all'eventuale piano dietetico e sui progressi nel raggiungimento degli obiettivi nutrizionali), l'assistente sociale (per la valutazione dei parametri socio-familiari e indispensabile nei casi "complicati" da difficoltà familiari o contesti sociali "difficili"), lo psicologo (per il sostegno al paziente e nella gestione della comunicazione/relazione), il tecnico della riabilitazione (che favorisce il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, ritardando l'insorgenza delle disabilità) ecc.

Il personale "dedicato" è un valore aggiunto per l'assistenza, non solo per l'acquisizione di maggiori competenze, e, quindi, di potenziale maggiore efficacia, ma anche perché la "visibilità" e "riconoscibilità" degli operatori da parte dei pazienti, sono una prerogativa di risultato.

POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA SUL TERRITORIO

Un sistema di governo clinico e di gestione integrata deve prefiggersi, tra gli obiettivi primari, di ridurre i ricoveri impropri ed anche quelli, certamente più numerosi, che, seppure appropriati, originano da una carenza di assistenza e dall'insorgenza di complicanze croniche.

L'assistenza pro-attiva esercitata da tutti gli attori della rete, ciascuno per le proprie competenze, è lo strumento per prevenire le complicanze che necessitano di ricovero e, in ogni caso, per mettere in atto tutte le misure di riconoscimento precoce delle complicanze. L'assistenza ambulatoriale, integrata da tutti gli attori della rete, è la formula più appropriata per la persona con cronicità.

In quest'ottica, un ruolo significativo può essere svolto da due nuove tipologie di servizi che hanno recentemente trovato la sistematizzazione nel Patto per la salute 2014-2016 e nel Regolamento n. 70/2015.

L'ospedale di comunità è una struttura sanitaria territoriale gestita dai MMG che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media/bassa intensità e breve durata, per la gestione appropriata di patologie momentaneamente scompensate o riacutizzate con rischio sociale variabile.

L'ospedale di comunità si colloca come anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria.

Un'altra forma di assistenza destinata alla gestione delle patologie croniche può essere individuata nei *reparti ospedalieri di gestione infermieristica*[12]. Tali strutture consentono di accogliere pazienti affetti da patologie croniche in fase di stabilizzazione e sono atti a favorire le dimissioni protette.

ALCUNE CRITICITÀ

IN ITALIA È ANCORA POCO SVILUPPATA UNA VISIONE SISTEMICA DEL PERCORSO DI CURA CHE FAVORISCA LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE, CON L'ATTRIBUZIONE DI FUNZIONI SPECIFICHE AI DIVERSI SETTORI DELL'ASSISTENZA E LA DEFINIZIONE DI PROCEDURE E PERCORSI CHE SAPPIANO RISPONDERE APPROPRIATAMENTE AI BISOGNI CLINICI DELLE PERSONE. ESISTONO SUL TERRITORIO NAZIONALE DIFFORMITÀ NEI MODELLI ORGANIZZATIVI, NELLE PROCEDURE E NEGLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA DEL PAZIENTE SIA TRA DIVERSE REGIONI SIA, TALVOLTA, NELL'AMBITO DELLA STESSA REGIONE; E' AUSPICABILE UN POTENZIAMENTO DELLA CAPACITÀ DEI SERVIZI TERRITORIALI DI PRENDERSI CARICO DEI PAZIENTI NON SOLTANTO AUMENTANDO IL NUMERO DELLE PERSONE ASSISTITE, MA ANCHE E SOPRATTUTTO MIGLIORANDO LA QUALITÀ ED APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI EROGATE NEI DIVERSI REGIMI ASSISTENZIALI E IN INTEGRAZIONE CON LE PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

[12] *reparti di degenza pazienti che, superata la fase acuta, con inquadramento diagnostico concluso, quadro terapeutico ben definito e dimissibile programmata necessitano di un'assistenza infermieristica per il recupero completo delle autonomie. Le finalità principali di tali strutture sono: a) presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative non ancora dimissibili in grado alle cure domiciliari dei servizi territoriali; b) riduzione della degenza media nei reparti per acuti; c) riduzione della degenza attraverso l'ottimizzazione delle risorse professionali.*

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Va sottolineato come il territorio sia il settore migliore per affrontare e gestire tutte le complessità e le eventuali comorbilità, anche grazie al supporto delle competenze specialistiche multidisciplinari territoriali o ospedaliere, riservando i ricoveri ordinari a casi limitati o di grande severità e complessità.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'allocazione delle risorse per la cronicità è fortemente condizionata dalla non autosufficienza e dalla disabilità, non ultimo il peso crescente dei casi che richiedono l'applicazione di alte tecnologie e/o di alte intensità assistenziali (cronicità ad alta complessità).

Invecchiamento, cronicità e disabilità, che spesso si associano a più complessive situazioni di esclusione sociale, comportano la definizione di un nuovo modello di risposta alla domanda di assistenza, che renda il sistema più prossimo ai cittadini e ai loro bisogni. Questi fattori impongono, pertanto, la definizione di strategie di assistenza coordinate ed integrate con azioni e prestazioni di natura socio-assistenziale.

Il welfare di "nuova generazione" dovrebbe quindi essere caratterizzato da una forte connotazione "integrata" tra azioni di sostegno sociale, di assistenza alla persona, di cura e riabilitazione, capaci di rispondere alle situazioni di deprivazione complessa nel quale vengano particolarmente valorizzati l'autonomia della persona (empowerment, active to cope) e la sussidiarietà orizzontale (famiglie, reti parentali, volontariato, formazioni sociali) e verticale (Comune, Regione, Stato).

Riguardo all'organizzazione dei servizi territoriali-distrettuali, nelle diverse realtà regionali sta assumendo rilevanza strategica la presenza di un "punto unico di accesso" (PUA) ai servizi sanitari e sociosanitari, funzionalmente e strutturalmente organizzato, capace di dare una risposta efficace ed immediata al paziente con problemi di salute e assistenziali complice, o pronto ad avviare un percorso articolato di presa in carico del paziente che presenta bisogni di più complessi, per i quali è necessario valutare anche la situazione familiare ed economica.

In questi ultimi casi fondamentale la definizione di un il Piano di cura personalizzato (PAI) che definisca gli obiettivi ed i risultati attesi in termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona con patologie croniche e individui il livello di complessità, la durata dell'intervento, le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, compatibilmente con le risorse a disposizione; nel PAI sono individuate le responsabilità dei soggetti/strutture coinvolte e gli operatori che seguiranno il paziente. Il Progetto tiene anche della situazione ambientale del paziente, inclusa la presenza di relazioni familiari e di reti di riferimento, elementi questi che, per le persone non autosufficienti, concorrono alla scelta di una assistenza di tipo domiciliare o residenziale.

Infine, è necessaria la rivalutazione periodica sistematica, da parte di un'equipe multi-professionale, delle condizioni cliniche della persona e del suo stato di salute/benessere al fine di confermare o adeguare il PAI in relazione all'evoluzione dei bisogni assistenziali.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è la modalità privilegiata di intervento per rispondere ad esigenze complesse di persone non autosufficienti, poiché permette l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie anche di elevata complessità ed intensità assistenziale favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare.

L'assistenza domiciliare integrata si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di un insieme integrato di prestazioni, sia sanitarie (ad es. mediche, infermieristiche e riabilitative, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici), sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche), da parte di diverse figure professionali. La responsabilità clinica è attribuita al medico di medicina generale, o nei casi previsti, al medico competente per la terapia del dolore e le cure palliative.

Le cure domiciliari: cinque obiettivi principali

1. *l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;*
2. *la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;*
3. *il supporto alla famiglia;*
4. *il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;*
5. *il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.*

L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico della persona, la preliminare valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un Piano di cura personalizzato, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi.

I servizi domiciliari devono orientare la loro azione sulla base dei seguenti criteri: mantenere la persona nel suo ambiente di vita, supportare la famiglia, offrire soluzioni alternative quando tale supporto manca o viene meno, assicurare continuità assistenziale mediante "dimissioni programmate" dall'ospedale per acuti, così come dalle strutture riabilitative (post-acute ed estensive) o dalla Residenze sanitare assistenziali (RSA).

ASSISTENZA PRESSO LE STRUTTURE RESIDENZIALI E I CENTRI DIURNI

Laddove, non è possibile mantenere il malato cronico non autosufficiente presso il proprio domicilio, anche a causa della mancanza di una adeguata rete socio-familiare, il SSN garantisce comunque l'assistenza presso strutture accreditate che, in regime residenziale o semiresidenziale, erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie di intensità assistenziale diversificata, volte al recupero e/o al mantenimento delle condizioni cliniche del paziente, e che in generale si distinguono in:

a) trattamenti intensivi, di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore, supporto di riabilitazione con team dedicato tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.);

b) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore;

c) trattamenti a pazienti con demenza nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico";

d) trattamenti di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria;

Le prestazioni possono inoltre essere erogate, in regime semiresidenziale, nei cosiddetti centri diurni, che offrono:

a) trattamenti estensivi di carattere abilitativo/riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetto", ivi compresi interventi di sollievo, a persone con demenza;
b) trattamenti di lungo-assistenza, di recupero e di mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'attuale sistema ospedaliero, organizzato in unità operative specialistiche, si rivela particolarmente valido ed efficace per il trattamento di situazioni di acuzie in pazienti privi di comorbidità e soprattutto in assenza di malattie croniche preesistenti, spesso condizionanti l'evento o la malattia che causa il ricovero.

Occorre prendere atto, però, che in Italia, come nella maggior parte dei Paesi occidentali, il 70-75% dei degenti ospedalieri appartiene alla categoria dei "cronici acutizzati con poli-morbidità". Per fronteggiare questa situazione e garantire la gestione ottimale della malattia quando la persona con cronicità è ricoverata in ospedale per altra patologia, evento intercorrente o per procedure chirurgiche, elettive o d'urgenza, in molti ospedali è stato adottato un assetto organizzativo basato sulla intensità di cura: le strutture non sono più articolate, come da tradizione, in reparti e o unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica ma in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente livello di complessità assistenziale, per garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali e per trattare le diverse patologie in pazienti riuniti in un'unica piattaforma logistica di ricovero.

L'assetto organizzativo prevede tre livelli: un livello di intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive; un livello di intensità media che comprende le degenze per aree funzionali (area medica, chirurgica, materno infantile) e un livello di intensità bassa dedicata a pazienti post acuti. Questa nuova articolazione consente al medico, cui è affidata la responsabilità clinica del paziente, di concorrere alla cura secondo le proprie competenze e al tempo stesso consente all'infermiere, cui è affidata la gestione assistenziale per tutto il tempo del ricovero, di valorizzare appieno la propria capacità professionale. Altro è l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse tecnologiche e strutturali e delle risorse umane e riduzione dei posti letto non utilizzati e un migliore impiego delle risorse.

È oggi ampiamente riconosciuto che l'approccio più adeguato alla cura della cronicità è l'assistenza integrata. Anche in ospedale, è fondamentale una vera e propria presa in carico da parte dello specialista, l'adozione di piani di cura durante la degenza e la possibilità di effettuare una dimissione protetta garantendo la continuità assistenziale sul territorio. E' necessario garantire una gestione ottimale della malattia anche quando la persona con cronicità è ricoverata in ospedale per altra patologia, evento intercorrente o per procedure chirurgiche, elettive o d'urgenza. Tale gestione dovrebbe includere la condivisione del protocollo di cura da parte dello specialista competente per la patologia cronica durante la degenza.

Ulteriori elementi che caratterizzano un modello innovativo dell'assistenza in ospedale sono rappresentate dalla figura del *tutor medico* e dal *team infermieristico dedicato*. Dal momento del ricovero fino alla dimissione il paziente verrà affidato ad un unico interlocutore, il tutor medico, che lo seguirà per tutto il percorso diagnostico e terapeutico. Il tutor si potrà avvalere di altri specialisti che potranno intervenire in rapporto alle specifiche esigenze del paziente, ma che dovranno conoscere e condividere la gestione complessiva del caso e le scelte terapeutiche effettuate. Il team infermieristico è un gruppo costituito da infermieri esperti, individuati secondo criteri quali la formazione avanzata/specifica sulla patologia o sulle procedure, l'esperienza lavorativa o l'assistenza diretta in area critica, la partecipazione a corsi di formazione, la motivazione ad approfondire lo specifico ambito clinico o procedura

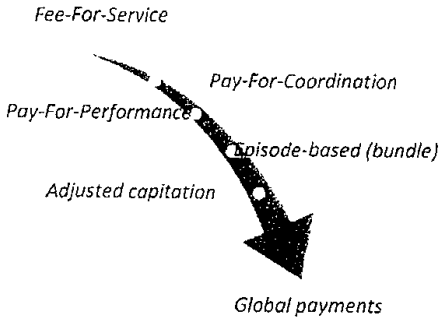
Modalità di remunerazione per la gestione della cronicità

La modalità di remunerazione è un aspetto fondamentale dell'erogazione dei servizi sanitari, non solo come caratteristica strutturale e necessaria, ma anche per la sua capacità di condizionare il sistema in cui viene applicata.

Esistono diversi sistemi di remunerazione applicati ai sistemi sanitari, che normalmente coesistono per remunerare servizi diversi a diversi livelli. Ad esempio, i servizi di specialistica ambulatoriale sono tipicamente remunerati a prestazione dal SSN all'erogatore (*fee-for-service*), mentre il ricovero ospedaliero viene remunerato in maniera aggregata (*episode-based*) aggiustato rispetto alle risorse mediamente necessarie per erogare servizi relativi una specifica problematica clinica (*Disease-Related Group*).

Questi esempi paradigmatici evocano la potenzialità del sistema di remunerazione di indurre cambiamenti di tipo organizzativo e di influenzare i comportamenti all'interno del sistema sanitario: in assenza di meccanismi di controllo, la remunerazione *fee-for-service* incentiva l'incremento del numero di prestazioni mentre quella *episode-based* l'incremento dell'efficienza con il rischio di riduzione della qualità delle cure. Sulla base di tali considerazioni, è possibile identificare o sviluppare sistemi di remunerazione che siano in grado di guidare l'attitudine dell'offerta sanitaria ad incontrare i bisogni assistenziali dei malati cronici, valorizzando la professionalità degli operatori sanitari e garantendo un equilibrio economico per le strutture erogatrici e il SSN (vedi figura a pagina successiva).

Sistemi di remunerazione con progressiva capacità di promozione dell'integrazione delle cure per il malato cronico.



Tra le diverse forme di remunerazione, alcune sono in grado di promuovere l'integrazione delle cure e sono quindi potenzialmente utili per il paziente con patologie croniche.

Una prima modalità è rappresentata dalla formale valorizzazione dell'attività di coordinamento delle cure (*pay-for-coordination*), attraverso cui si possono incentivare servizi di programmazione, organizzazione e monitoraggio dei percorsi individuali di cura (*case management*). Anche il pagamento sulla base del raggiungimento di obiettivi, misurabili con indicatori di processo, quali l'integrazione delle cure e la continuità dell'assistenza, o di esito, ha una ulteriore potenzialità di guidare il sistema ad incontrare i bisogni del malato cronico *(pay-for-performance)*.

Un approccio più strutturato è invece rappresentato dai sistemi di remunerazione a pacchetto (*bundled*) che integrano una serie di servizi relativi ad una specifica condizione (esempio una determinata malattia cronica) per un determinato periodo di tempo, più o meno lungo. Tale sistema è applicabile a programmi di *disease management* e include tipicamente tutte o parte delle prestazioni ritenute necessarie in base al PDTA per la gestione dello specifica condizione morbosa.

Le forme di remunerazione a quota capitaria prevedono invece il pagamento di una quota fissa per la copertura di un insieme di servizi in un determinato periodo di tempo. Di particolare rilevanza sono i sistemi di *clinical risk adjusted capitation*, in grado di stratificare la popolazione in livelli di severità clinica e di assorbimento di risorse e quindi di individuare il costo medio associato ai servizi sanitari necessari (*full o partial capitation*) per la gestione del paziente in un determinato periodo di tempo.

A partire dai modelli *bundled,* si pone la necessità di identificare quale sia il soggetto, istituzionale o professionale (Casa della salute, Distretto, UCCP, AFT), cui attribuire la responsabilità clinica della gestione del paziente cronico e la responsabilità della gestione delle risorse associate (*accountability*). Tale transizione è certamente funzionale alla integrazione delle cure del malato cronico ma necessita della definizione di un solido meccanismo di controllo sulla qualità delle cure e sugli esiti. Inoltre, i diversi sistemi di remunerazione per la cronicità devono essi stessi di integrarsi nel sistema dell'offerta, generando modelli misti (*blended*) in cui si possono combinare tipologie di remunerazione diverse per la copertura di servizi diversi anche per lo stesso paziente.

Dipartimento Promozione della Salute, Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

AREA DELLA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI

OBIETTIVI PROPOSTI

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la riqualificazione della rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali.
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Realizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi).
2. Distribuire le risorse in modo adeguato ai bisogni, in una logica di promozione dell'integrazione dell'assistenza.
3. Creare una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale.
4. Valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari.
5. Inserire ogni singolo paziente, fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di PDTA ai quali partecipino tutte le figure assistenziali coinvolte con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia (team multiprofessionali).
6. Individuare figure di coordinamento che garantiscano la continuità territorio-ospedale e l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura.
7. Definire percorsi di cura clinici nazionali nel rispetto delle raccomandazioni e linee guida, almeno per le più importanti malattie croniche.
8. Utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza.
9. Sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico.

AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

OBIETTIVO PROPOSTO

Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Promuovere un approccio che favorisca il benessere delle persone con cronicità, attraverso modelli di welfare di comunità, evitando la medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali.
2. Sostenere interventi volti a garantire il diritto di fruizione dei servizi e delle prestazioni e l'equità di accesso alle reti sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali.
3. Implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso (PUA) presso i Distretti sanitari.
4. Potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata, anche attraverso la sanità digitale.
5. Garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, anche con l'impiego di tecnologie di e-Health.
6. Integrare e potenziare le forme di sussidiarietà orizzontali e verticali tra i vari attori istituzionali.

AREA DELLA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

OBIETTIVI PROPOSTI

- Migliorare l'assistenza ospedaliera ai pazienti con cronicità.
- Creare reti multi-specialistiche ospedaliere.
- Promuovere l'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Promuovere interventi finalizzati ad assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale alle persone affette da cronicità che accedono alle cure ospedaliere, sia in emergenza/urgenza, che in elezione.
2. Favorire la definizione, secondo standard EBM, di specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali multidisciplinari intraospedalieri almeno per le principali patologie croniche (neurologiche, pneumologiche, cardiologiche, metaboliche, vascolari, oncologiche, ortopedico-reumatologiche).
3. Garantire la trasmissione delle informazioni alla dimissione, assicurando la continuità assistenziale sul territorio in contatto con il sistema delle cure primarie, anche con l'uso di tecnologie di e-Health.
4. Promuovere l'istituzione della figura del medico "tutor" per la persona affetta da cronicità al momento dell'accesso ospedaliero, che gestisca il percorso clinico intraospedaliero e si raccordi con il sistema territoriale.
5. Sperimentare modelli di ospedale per intensità di cura e valutarne l'efficacia sul paziente ricoverato.

RISULTATI ATTESI (COMUNI ALLE TRE AREE)

- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza.

- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare.
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari.
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale.

EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA — **4**

MACRO ATTIVITA'

- Il piano di cura personalizzato e l'assistenza proattiva
- Il «patto di cura» e l'empowerment
- Educazione terapeutica strutturata

CASE MANAGER

PAZIENTE

ASSOCIAZIONI

OBIETTIVI

- Garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente
- Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educazionale

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. sviluppare programmi di assistenza centrati sul paziente che tengano conto non solo della condizione clinica ma anche dei bisogni psicosociali
2. definire programmi di assistenza concepita e strutturata in una logica pro-attiva ('Managed Care'), attraverso la definizione di un Piano di cura personalizzato, condiviso tra i vari attori e consolidato attraverso il 'Patto di Cura
3. sperimentare modalità di intervento che favoriscono lo sviluppo dell'ability to cope e lo sviluppo delle abilità di auto-cura
4. sostenere le attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie anche valorizzando il ruolo
5. promuovere l'adozione di modelli e di percorsi di educazione terapeutica strutturata che coinvolgano il paziente e i suoi caregiver
6. promuovere l'utilizzo di metodi per l'empowerment del paziente per formare e informare le persone con cronicità e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti (es. modello Stanford)
7. diffondere la capacità di praticare educazione terapeutica efficace
8. promuovere la creazione di un "knowledge network", tra le regioni, inteso come una rete di conoscenze sull'empowerment
9. favorire iniziative di ricerca e intervento, fondate su strategie validate, sulla valutazione dell'empowerment e sullo sviluppo di competenze degli operatori sanitari e delle comunità
10. individuare modelli di analisi e strumenti condivisi di rilevazione e monitoraggio dell'efficacia dell'empowerment del paziente

RISULTATI ATTESI

Miglioramento del livello di soddisfazione e della qualità della vita del paziente e del professionista e miglioramento dei risultati clinici.

L'accesso di un paziente in una rete assistenziale per la cronicità deve poter avvenire da qualsiasi "porta" del sistema, ovviamente sulla base degli effettivi bisogni assistenziali. A tale riguardo, è necessario individuare, nei processi programmatori, tutte le possibili "porte" di accesso e definire le funzioni specifiche di ognuna secondo una logica di sistema, sia per le nuove diagnosi che per la gestione del follow up dei soggetti già in carico (chi effettua la diagnosi e con quali livelli di approfondimento, chi la stadiazione, chi declina il Piano di Cura con le scadenze del follow up ecc)

In una logica di rete bisogna esaltare l'integrazione attraverso la definizione di precisi prodotti di confine (l'invio del paziente, la comunicazione tra i diversi attori, ecc.), e dare valore e visibilità, allo stesso tempo, ai contributi/risultati del team e a quelli dei singoli operatori che lo compongono.

Pertanto, occorre ribadire il ruolo fondamentale degli erogatori dell'assistenza primaria (verso i quali il paziente ha stabilito un proprio rapporto fiduciario) nella presa in carico e nella definizione del Piano di Cura, ricordando che l'affidamento ad altre figure, quali lo specialista, dipenderà dalla complessità dei bisogni della persona, ferma restando la condivisione delle principali scelte di trattamento.

Vi saranno, pertanto, soggetti con un bisogno di assistenza specialistica più o meno intenso, e quindi con un follow up specialistico più o meno frequente. Proprio per questo è importante che il Piano di Cura definisca la tempistica dei controlli, garantendo in ogni caso l'adeguata risposta ad eventuali esigenze non prevedibili al momento della stesura del piano.

La "Presa in carico" va quindi considerata un 'prodotto assistenziale' basato su un metodo e su criteri valutativi condivisi, che includa specifici strumenti 'patient-centred', (quali ad esempio la second opinion da offrire al momento della diagnosi), o la 'comunicazione della diagnosi' calibrata sulle caratteristiche del paziente, indispensabile per stabilire il 'Patto di cura' con il paziente ed i suoi Caregiver di riferimento.

Il rapporto di fiducia è una precondizione di efficacia, oltre che elemento fondamentale per la qualità di vita del paziente con cronicità. La diagnosi e il conseguente 'Patto di Cura' devono essere profondamente interiorizzati da parte del paziente (il termine 'ability to cope' è utilizzato proprio per indicare lo sviluppo della capacità di reagire e di convivere con una patologia di lunga durata).

Pertanto, può essere utile il ricorso ad un 'Case Manager' che rappresenti il riferimento stabile del paziente e dei suoi Caregiver fin dal momento della presa in carico. Il follow up infermieristico, anche telefonico, può divenire in questa fase uno strumento idoneo e sostenibile.

MACROATTIVITA'

IL PIANO DI CURA PERSONALIZZATO E L'ASSISTENZA PRO-ATTIVA

Il Piano di cura è lo strumento di sistema, redatto e gestito da tutti gli attori assistenziali, fondamentale per la presa in carico e per il follow up attivo.

Talora il paziente entra nel sistema per pura occasionalità e diviene lui stesso il costruttore del suo iter assistenziale, mancando una 'gestione pro-attiva' raccordata tra i vari livelli. Nei servizi c'è una tendenza all'approccio basato sulla attesa e sulla gestione routinaria dei pazienti, mentre l'assistenza deve essere concepita e strutturata in una logica pro-attiva. Tale logica è presupposto fondamentale per l'efficacia e l'efficienza delle cure, particolarmente per le patologie a lungo termine, nelle quali è più facile che il paziente si perda (drop out), con tutte le conseguenze relative all'emergere di complicanze e al peggioramento della qualità di vita.

Pertanto, è necessario un Piano di cura (almeno annuale), redatto dal medico al momento della presa in carico e successivamente regolarmente aggiornato, grazie al quale il paziente viene 'agganciato' al suo percorso personalizzato attraverso la precisa definizione delle scadenze del follow up.

Il Piano, condiviso tra i vari attori, diviene lo strumento della gestione pro-attiva, grazie al quale il paziente viene monitorato stabilmente in tutte le tappe assistenziali predefinite e richiamato, attraverso un sistema di allerta, in caso di drop out. Il Piano di Cura darà inoltre visibilità alle performance di tutti gli attori e renderà monitorabili in itinere gli indicatori di processo e di esito.

IL "PATTO DI CURA" E L'EMPOWERMENT

E' necessario superare la prassi che vede la 'compliance' come massimo livello partecipativo da parte del paziente. Dare spazio a nuove parole d'ordine quali 'empowerment', co-esistenza, 'ability to cope', 'self-care', implica un disegno assistenziale radicalmente diverso, sia nell'organizzazione, sia negli assetti operativi, sia nei tempi di erogazione.

Si tratta di una effettiva necessità del sistema, dato che la letteratura internazionale testimonia come l'empowerment del paziente e dei suoi Caregiver rappresenti una indubbia garanzia di maggiore efficacia e di economicità (riduzione dei ricoveri, degli accessi ai servizi specialistici e di base, riduzione delle complicanze, etc.).

Pertanto, il Piano di Cura deve consolidarsi in un 'Patto di cura', sottoscritto dal medico responsabile della presa in carico e dal paziente e basato su due assi portanti: lo sviluppo della capacità di 'fare fronte' alla patologia e di conviverci (ability to cope), fondamentale in particolare nella fase immediatamente post-diagnosi (e da rinforzare secondo le fasi evolutive della malattia) e lo sviluppo delle abilità di auto-cura.

L'educazione del paziente e dei suoi Caregiver rappresenta uno dei prodotti più importanti del processo di empowerment e deve basarsi su interventi strutturati e sistematici, rivolti a singoli pazienti o a gruppi, che preveda verifiche e rinforzi nel tempo e che sia appropriato alla fase della storia naturale della malattia. Il 'Patto di Cura' deve essere considerato un prodotto da standardizzare come metodo e come protocollo, va periodicamente rinforzato e deve essere valutabile.

I contributi teorici sul tema dell'Empowerment[13] pongono l'accento sulla sfera del controllo descrivendolo come un meccanismo di accrescimento della capacità del soggetto di controllare la propria vita su diversi aspetti. Se connesso alla salute, si tratta di un processo che aiuta il soggetto ad acquisire padronanza della propria malattia e a percepire se stesso al centro del percorso di cura.

Wallerstein ha proposto la seguente definizione di Empowerment: "È un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenze sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico e migliorare l'equità e la qualità di vita". (HeN- WHO, 2006)

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

In particolare l'Empowerment: a) è sia un processo sia un risultato; b) è orientato all'azione; c) è specifico (calato nel contesto locale); d) è un'interazione dinamica tra acquisizione di maggiori competenze interne e superamento degli ostacoli esterni.

Il suo punto di forza consiste nel rendere il paziente e la famiglia gestori autonomi della malattia cronica, padroni della propria situazione e capaci di vivere le ricadute o le riacutizzazioni non come eventi inevitabili dovuti alla patologia ma come eventi gestibili attraverso una serie di azioni e atteggiamenti cui il paziente viene educato dal personale sanitario.
Informazione e consapevolezza sono condizioni essenziali perché il paziente sia effettivamente attivo e responsabilizzato e capace di esercitare un controllo efficace della patologia da cui è affetto. Ma se è vero che l'informazione rappresenta la chiave dell'Empowerment, sia per il paziente che per i suoi familiari, essa risulta fortemente condizionata dalle competenze culturali dei cittadini.

In tal senso appaiono di nuovo fondamentali i determinanti sociali della salute, legati anche alla capacità dei pazienti di gestire l'informazione sanitaria. Pazienti e familiari si trovano infatti spesso bombardati da contenuti e notizie tra cui non sempre è facile selezionare informazioni corrette e trarre indicazioni adeguate.

Ne è un esempio eclatante l'accesso all'informazione su Internet che ha un ruolo crescente come fonte informativa sulla salute ma che è ancora poco accessibile per gli anziani e per chi ha il titolo di studio più basso. Più in generale, per chi ha una bassa dotazione culturale, l'elevata esposizione a contenuti provenienti dai mass media e soprattutto da Internet su temi sanitari contribuisce inevitabilmente a determinare un clima di confusione ed incertezza.

Un'altra dimensione chiave necessaria allo sviluppo dell'Empowerment che stenta ad affermarsi è legata alla relazione con il medico curante e con gli operatori sanitari, che dovrebbe evolvere verso un modello meno asimmetrico, con il paziente chiamato ad essere sempre più parte attiva nelle decisioni relative alla propria salute. Anche in questo caso possono essere rilevati segnali di difficoltà che rendono necessario il potenziamento del dialogo, come la scarsa aderenza alla terapia o l'utilizzo di Internet come fonte di informazione alternativa o di controllo rispetto alle indicazioni del medico.

Una difficoltà più trasversale è legata alla resistenza al cambiamento; specie per i pazienti anziani è difficile cambiare stabilmente alcune abitudini di vita in funzione della cura, e spesso si evidenzia una scarsa adoppiamento specie tra quelli di livello culturale più basso.

ALCUNE CRITICITÀ

LA MAGGIORE DIFFICOLTÀ NELL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA È ANCHE LEGATA ALLA RESISTENZA DEGLI OPERATORI SANITARI AL CAMBIAMENTO. COME PER I PAZIENTI È DIFFICILE CAMBIARE STABILMENTE ALCUNE ABITUDINI DI VITA IN FUNZIONE DELLA CURA, COSÌ PER IL PERSONALE SANITARIO NON È FACILE PASSARE DA UN ATTEGGIAMENTO PRESCRITTIVO A UNO PARTECIPATIVO, DA UN RUOLO DI GUIDA A UNO DI SOSTEGNO, DAL GERGO PROFESSIONALE ALLA LINGUA COMUNE, DALLA CHIUSURA ALL'APERTURA. INOLTRE IN ITALIA L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA È ANCORA POCO INCENTIVATA.

Per la famiglia non è facile passare a un atteggiamento partecipativo e di sostegno; inoltre i mutamenti sociali che l'hanno profondamente modificata (famiglie monoparentali o problematiche; ritmi lavorativi accelerati) possono comportare indifferenza e mancato ascolto, causa di disagio che si aggrava ulteriormente in presenza di patologie croniche.

EDUCAZIONE TERAPEUTICA STRUTTURATA

Per *Educazione terapeutica* (ET) s'intende un complesso di attività educative, rivolte a specifiche categorie di soggetti, che si esplica attraverso la trasmissione di conoscenze, l'addestramento a conseguire abilità e a promuovere modifiche dei comportamenti. Quando si parla di Educazione terapeutica e di empowerment, si devono richiamano valori come l'autonomia, la libertà e la responsabilità, in altre parole la componente etica dell'approccio assistenziale.

Essa è stata di recente associata alla cura dei pazienti affetti da malattie di lunga durata. Contrariamente all'educazione alla salute, quella terapeutica si rivolge ad un malato cronico per il quale l'apprendere comportamenti e competenze è cosa necessaria per vivere meglio e più a lungo. Tutto questo è realizzabile con un trasferimento di competenze dal curante al paziente, nella prospettiva in cui la dipendenza del malato cede il posto alla sua responsabilizzazione e alla collaborazione attiva con l'equipe curante.

Per sua natura l'ET presuppone specifiche competenze degli educatori non solo di tipo scientifico, ma anche comunicativo, di pedagogia clinica e di approccio di squadra, nonché l'utilizzo di specifiche metodologie e la verifica dei risultati ottenuti per ciascuno dei tre campi dell'educazione.

Il miglioramento non solo degli stili di vita ma anche delle abilità personali nell'attività di supporto alle cure e la consapevolezza dei motivi alla base di modifiche dei trattamenti sono responsabili della maggiore efficacia delle cure stesse e del benessere psico-fisico della persona con malattia cronica. Un obiettivo educativo essenziale per i pazienti e i loro familiari è dunque percepire gli obiettivi della terapia come benefici desiderabili, con la stessa intensità con cui si desidera la soddisfazione dei propri bisogni personali.

OBIETTIVI PROPOSTI

- Garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria centrata sui bisogni e le caratteristiche personali e socio-ambientali del paziente
- Promuovere l'empowerment della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educazionale

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

Sviluppare programmi di assistenza centrati sul paziente che tengano conto non solo della condizione clinica ma anche dei bisogni psicosociali.

2. Definire programmi di assistenza concepita e strutturata in una logica pro-attiva ('Managed Care'), attraverso la definizione di un Piano di cura personalizzato, condiviso tra i vari attori e consolidato attraverso il 'Patto di Cura'.
3. Sperimentare modalità di intervento che favoriscono lo sviluppo dell'ability to cope e lo sviluppo delle abilità di auto-cura.
4. Sostenere le attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie anche valorizzando il ruolo delle Associazioni di tutela dei malati cronici
5. Promuovere l'adozione di modelli e di percorsi di educazione terapeutica strutturata che coinvolgano il paziente e i suoi Caregiver.
6. Promuovere l'utilizzo di metodi per l'empowerment del paziente per formare e informare le persone con cronicità e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti (es. modello Stanford).
7. Diffondere la capacità di praticare educazione terapeutica efficace.
8. Promuovere la creazione di un "knowledge network", tra le regioni, inteso come una rete di conoscenze sull' empowerment.
9. Favorire iniziative di ricerca e intervento, fondate su strategie validate, sulla valutazione dell'empowerment e sullo sviluppo di competenze degli operatori sanitari e delle comunità.
10. Individuare modelli di analisi e strumenti condivisi di rilevazione e monitoraggio dell'efficacia dell'empowerment del paziente.

RISULTATO ATTESO

Miglioramento del livello di soddisfazione e della qualità della vita del paziente e del professionista e miglioramento dei risultati clinici.

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE

5

MACRO ATTIVITA'
- Sistemi di misura della qualità delle cure e della qualità della vita

MINISTERO DELLA SALUTE

ASSOCIAZIONI

OBIETTIVO
- Incrementare le attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico finalizzate a ridurre l'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e a migliorare la capacità di fornire risposte al bisogno della persona con cronicità
- Rendere disponibili e "trasparenti" anche ai pazienti le informazioni derivanti da indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica e coinvolgerli nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria
- Promuovere la definizione e la rilevazione di indicatori di qualità o di esito a livello del singolo professionista

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. implementare iniziative finalizzate a valutare la qualità di vita e l'accesso alle cure e definire gli indicatori per il monitoraggio del processo e degli esiti di cura
2. costruire banche dati, in cui confluiscano dati amministrativi e clinici (di ambito sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale) per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza
3. sviluppare modelli e metodi consolidati, che abbiano come punto di partenza la scelta di dare importanza al punto di vista del paziente

RISULTATI ATTESI
- **Incremento delle iniziative finalizzate alla valutazione della qualità delle cure erogate, anche dal punto di vista del paziente con cronicità, con l'utilizzo di modelli e metodi validati**
- **Implementazione dei sistemi di controllo per valutare la performance qualitative delle strutture sanitarie e sociosanitarie**

La cornice di riferimento istituzionale, normativa ed organizzativa delle iniziative volte al miglioramento della qualità dell'assistenza, è definita dal Patto per la salute, dai Livelli essenziali di assistenza, dal Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS), dal Programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio sanitario nazionale (PROQUAL), dal Programma Nazionale Esiti (PNE), dalle iniziative e attività dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), dal Sistema Nazionale per le Linee Guida, dall'Osservatorio nazionale buone pratiche per migliorare la sicurezza del paziente.

Si dispone inoltre di un ampio numero di ricchi database nazionali e regionali e di numerosi registri di patologia che contengono anche informazioni sulla qualità e sugli esiti dell'assistenza sanitaria. La declinazione di un programma di valutazione della qualità delle cure erogate non può prescindere da quanto riportato nel recente rapporto OCSE (2015) in cui si suggerisce come sia "necessario un approccio più solido e ambizioso al monitoraggio della qualità e al miglioramento a livello di sistema."

Alcuni risultati del rapporto quali l'aspettativa di vita, 82.3 anni (la quinta più alta tra i Paesi OCSE), i tassi di ricovero per asma, malattie polmonari croniche e diabete (indicatori di qualità delle cure primarie) sono tra i migliori nell'OCSE e quelli di mortalità a seguito di ictus o infarto (indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera) sono ben al di sotto della media OCSE e pertanto sono incoraggianti.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce di orientare le scelte strategiche in ambito sanitario con una focalizzazione sui sistemi sanitari nel loro complesso e sulla qualità dei risultati di salute raggiunti sia per i singoli utenti dei servizi che per le intere comunità; le dimensioni della qualità su cui intervenire per apportare miglioramenti sono:

- *efficacia*: l'assistenza sanitaria è fondata sulle evidenze scientifiche e i risultati migliorano gli esiti di salute per gli individui la comunità;
- *efficienza*: l'assistenza deve tendere a massimizzare l'uso delle risorse e ridurre/annullare gli sprechi;
- *accessibilità:* l'assistenza deve essere tempestiva ed erogata in setting operativi facilmente raggiungibili geograficamente, ove competenze e risorse sono appropriate ai bisogni di salute;
- *accettabilità:* (orientamento al paziente): l'assistenza deve tener conto delle preferenze e aspettative dei singoli utilizzatori dei servizi e della cultura della propria comunità di appartenenza;
- *sicurezza*: l'assistenza deve minimizzare i rischi e i danni degli utenti;
- *equità*: l'assistenza non deve essere differente rispetto al genere, razza, etnia, localizzazione geografica o stato socio-economico.

MACROATTIVITA'

SISTEMI DI MISURA DELLA QUALITÀ DELLE CURE E DELLA QUALITÀ DELLA VITA

E' necessario che il servizio sanitario consegua una riduzione dell'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e una migliore capacità di fornire risposte al bisogno attraverso un incremento delle attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico.

La valutazione della qualità delle cure si configura come una dimensione strategica del sistema di valutazione del SSN soprattutto con riferimento alla gestione della cronicità. Sia nel sistema di valutazione degli esiti (PNE) che nell'ambito delle indicazioni del nuovo Patto per la salute, la centralità riconosciuta al paziente si traduce nella scelta di individuare e attivare sistemi strutturati di valutazione della soddisfazione dei cittadini nel rapporto con il SSN

L'impegno nella valutazione risulta assolutamente strategico nel caso del paziente cronico, chiamato ad assumere un ruolo da protagonista nella gestione quotidiana della sua malattia, che ha bisogno di essere guidato nella predisposizione di eventuali interventi di miglioramento, in grado di massimizzare i risultati delle cure e innalzare il livello di qualità della vita, pur in una situazione di convivenza prolungata con la patologia.

La valorizzazione del punto di vista del paziente e della sua percezione della qualità dei servizi con cui entra in contatto permette di indagare in una prospettiva diversa non solo alcune dimensioni strutturali importanti (diffusione, accessibilità dei servizi e liste d'attesa, disponibilità di attrezzature, tempi e modalità organizzative, professionalità, competenza, affidabilità del personale, ad es.) ma anche altri aspetti essenziali della "customer satisfaction", come comunicazione, informazione, capacità relazionale, umanizzazione, personalizzazione, da cui dipendono in larga misura anche gli esiti complessivi del sistema delle cure. Tali aspetti possono essere conosciuti dalle opinioni ed atteggiamenti degli assistiti, attraverso la realizzazione di indagini su campioni rappresentativi di pazienti e cittadini, con l'utilizzo di questionari strutturati, in qualche caso utilizzando modelli standardizzati.

Gli modelli potranno essere tratti dalla letteratura ma anche dalle esperienze fino ad oggi messe a punto ed utilizzate anche la livello locale, che rappresentano un importante patrimonio, ma che vanno

trasformate in un sistema strutturato e in grado di funzionare a regime, come strumento reale di miglioramento delle performance e dei risultati del SSN.

Gli strumenti di valutazione della qualità delle cure e della qualità della vita dal punto di vista del paziente devono essere strettamente connessi ai percorsi assistenziali, non guardare solo alle dimensioni "macro" e non essere utilizzati soltanto "ex post". In altre parole devono avere una struttura dinamica, che permetta non solo le valutazioni finali di un periodo, ma anche le verifiche in itinere, che possono fornire dati e informazioni utili a rivisitare criticamente strategia e organizzazione dell'assistenza. È quindi fondamentale che gli strumenti di misura guardino non solo ai processi attivati e alle attività svolte, ma anche agli "esiti", intesi non solo come esiti clinici, ma anche come benessere e qualità della vita.

OBIETTIVI PROPOSTI

- Incrementare le attività di valutazione e di sviluppo del governo clinico finalizzate a ridurre l'inappropriatezza in ambito sanitario e sociosanitario e a migliorare la capacità di fornire risposte al bisogno della persona con cronicità
- Rendere disponibili e "trasparenti" anche ai pazienti le informazioni derivanti da indagini sulla soddisfazione del paziente in maniera estesa e sistematica e coinvolgerli nelle procedure di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria
- Promuovere la definizione e la rilevazione di indicatori di qualità o di esito a livello del singolo professionista

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Implementare iniziative finalizzate a valutare la qualità di vita e l'accesso alle cure e definire gli indicatori per il monitoraggio del processo e degli esiti di cura.
2. Costruire banche dati, in cui confluiscano dati amministrativi e clinici (di ambito sanitario e socio-sanitario) per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza.
3. Sviluppare modelli e metodi consolidati, che abbiano come punto di partenza la scelta di dare importanza al punto di vista del paziente.

RISULTATI ATTESI

- Incremento delle iniziative finalizzate alla valutazione della qualità delle cure erogate, anche dal punto di vista del paziente con cronicità, con l'utilizzo di modelli e metodi validati.
- Implementazione dei sistemi di controllo per valutare la performance qualitative delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

D) Gli aspetti trasversali dell'assistenza per la cronicità

Esistono alcuni *aspetti trasversali* dell'assistenza alla cronicità che sottendono al macroprocesso del percorso del malato cronico e che sono appresso rappresentati.

Essi sono: a) disuguaglianze sociali, fragilità e/o vulnerabilità; b) diffusione delle competenze, formazione, sostegno alla ricerca; c) appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie ed aderenza alla terapia farmacologica; d) sanità digitale; e) umanizzazione delle cure; f) il ruolo dell'Associazionismo; g) il ruolo delle farmacie.

Per ciascuno verranno descritti gli aspetti peculiari e verranno proposti uno o più obiettivi con le relative linee di intervento e i risultati attesi.

Garantire pari opportunità di accesso ad un'assistenza di qualità, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità sociale, sia per le persone a rischio che per quelle affette da patologie croniche	1. promuovere l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza per le persone con cronicità, migliorando le capacità di gestione in condizioni di disagio e/o vulnerabilità o in contesti sociali difficili 2. definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili 3. potenziare l'assistenza domiciliare integrata per le condizioni di fragilità e di difficoltà sociale anche con l'impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche 4. realizzare progetti a supporto delle condizioni di disagio sociale (minori, anziani, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socio-culturale e/o economico); 5. favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei sul territorio nazionale, per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico 6. realizzare attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità e ai contesti sociali difficili

Le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute. I cosiddetti determinanti sociali della salute contribuiscono a definire lo stato di salute dei singoli anche perché sono in grado di condizionare l'accesso a sistemi efficaci di prevenzione e cura delle malattie.

Migliorare l'equità in campo sociale e sanitario richiede innanzi tutto uno sforzo globale e la messa in campo di una serie di azioni finalizzate a migliorare le condizioni quotidiane di vita e a contrastare le disuguaglianze nella distribuzione delle risorse ma anche a consentire il potenziamento delle risposte che il sistema sanitario nazionale è in grado di garantire ai soggetti in condizioni di disagio sociale.

Da una parte, si tratta di potenziare l'obiettivo generale e strategico della "salute in tutte le politiche", dall'altro di potenziare gli interventi di sanità pubblica al fine di agire sui determinanti sociali, economici, ambientali e comportamentali della salute anche a livello complessivo (interventi sull'ambiente, sulle condizioni di lavoro, sostegno sociale ed economico alle famiglie più in difficoltà, ecc.). Infine è fondamentale favorire l'accesso alla prevenzione ed alla cura dei soggetti in condizioni sociali, economiche e culturali deprivate che per definizione hanno maggiore difficoltà anche ad usufruire dei servizi.

Un altro aspetto problematico e particolarmente presente nel nostro Paese, che impatta fortemente sulla dimensione dell'equità è quello legato alle profonde disomogeneità territoriali, sia a livello di dotazione di strutture e servizi che di qualità, anch'esse oggi accentuate dalla crisi e dalle politiche di contenimento della spesa sanitaria che hanno finito per accentuare ulteriormente il divario già esistente e le forme di disuguaglianza in campo sanitario legate alle diverse caratteristiche dell'offerta tra i territori.

OBIETTIVO PROPOSTO

Garantire pari opportunità di accesso ad un'assistenza di qualità, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità sociale, sia per le persone a rischio che per quelle affette da patologie croniche

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Promuovere l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza per le persone con cronicità, migliorando le capacità di gestione in condizioni di disagio e/o vulnerabilità o in contesti sociali difficili
2. Definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili.
3. Potenziare l'assistenza domiciliare integrata per le condizioni di fragilità e di difficoltà sociale anche con l'impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche.
4. Realizzare progetti a supporto delle condizioni di disagio sociale (minori, anziani, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socio-culturale e/o economico).
5. Favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei sul territorio nazionale, per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico.
6. Realizzare attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità e ai contesti sociali difficili.

RISULTATI ATTESI

- Incremento di iniziative finalizzate a facilitare l'accesso all'assistenza delle persone in contesti sociali difficili.
- Implementazione di modelli e strumenti per favorire la formazione dei pazienti e dei Caregiver.
- Potenziamento dell'ADI per i soggetti in condizioni di disagio sociale.

- Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori favorendo lo scambio di informazioni
- Promuovere la formazione continua del personale e monitorare, attraverso verifiche puntuali, l'effettiva crescita culturale specifica
- Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e l'assistenza delle malattie croniche
- Sostenere la ricerca finalizzata a migliorare i processi di cura
- Promuovere a livello universitario l'insegnamento di tecniche di cura del paziente cronico
- Creare un link fra didattica, ricerca e assistenza, anche favorendo l'utilizzo di un linguaggio comune nei rispettivi ambiti

1. sostenere la produzione scientifica, di linee guida e documenti di consenso promuovendo l'adesione necessaria alla loro attuazione nella pratica professionale
2. favorire la collaborazione del Servizio sanitario con le Università, le Società scientifiche, i Centri di riferimento nazionale e gli enti privati
3. rilevare i bisogni formativi del personale coinvolto (sanitario e non sanitario) anche in relazione al tema della gestione integrata e al lavoro di team
4. migliorare le conoscenze e le competenze di tutti gli operatori sanitari nella identificazione precoce delle persone a rischio ed nella gestione della persona con cronicità, garantendo un'adeguata formazione continua, con percorsi di accreditamento del personale sanitario
5. realizzare attività di formazione con coordinamento a livello centrale e regionale circa la progettazione, pianificazione e valutazione di iniziative con il coinvolgimento di un ampio numero di attori
6. favorire l' "apprendimento continuo" degli operatori e dei sistemi, attuando processi strutturati e periodici di audit, ai diversi livelli assistenziali, su aspetti sia clinici sia organizzativi
7. migliorare le conoscenze sulla fisiopatologia delle malattie croniche per interventi più efficaci capaci di ridurne l'incidenza, ritardarne l'insorgenza, anticiparne la diagnosi, ridurre il rischio di complicanze
8. migliorare le conoscenze sull'appropriatezza delle terapie e sui modelli di gestione e di assistenza
9. migliorare il coordinamento delle attività di ricerca attraverso la collaborazione interdisciplinare, sostenendo e programmando la formazione di giovani ricercatori
10. supportare la ricerca mediante programmi specifici e favorire l'accesso ai finanziamenti nell'ambito dei programmi quadro dell'UE.

L'informazione è fondamentale per disseminare la cultura riguardo alle patologie croniche e migliorare la conoscenza diffusa della cronicità in generale e delle singole patologie, ma anche per implementare strategie di riduzione dei rischi e dei sintomi, attraverso specifici progetti di educazione sanitaria.

La formazione universitaria deve fornire agli operatori sanitari, nell'ambito del percorso didattico, una solida base di conoscenza sulle patologie croniche e le loro ricadute sulla quotidianità della persona e della famiglia e tutti gli elementi necessari per la gestione del malato cronico e per fornire risposta sia ai suoi bisogni clinici che psicosociali.

La formazione continua dei professionisti è una delle leve strategiche per favorire e supportare il miglioramento dell'assistenza sanitaria ai cittadini. Infatti per migliorare il sistema sanitario è necessario che i professionisti possano coniugare le conoscenze teoriche e tecniche basate sulle evidenze scientifiche e sull'appropriatezza clinico-assistenziale con la concreta operatività e, contemporaneamente, acquisire la capacità di gestire i cambiamenti organizzativi per rispondere alle nuove sfide della complessità in maniera appropriata ed efficace, tenendo conto delle innovazioni tecnologiche ed organizzative.

Nella gestione della cronicità è necessario che la formazione sia intersettoriale e interdisciplinare e finalizzata a rafforzare le relazioni fra i vari professionisti per una migliore efficienza gestionale e una migliore qualità delle cure. La formazione è finalizzata a: a) sviluppare e rafforzare le conoscenze e competenze dei professionisti in un processo continuo e permanente; b) migliorare la conoscenza dell'organizzazione dei servizi sanitari; c) promuovere il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella operatività professionale.

Nella erogazione dei servizi di assistenza è necessario che tutto il personale sia competente, responsabile e qualificato per le attività che è chiamato a svolgere. Per raggiungere questo obiettivo è necessario utilizzare due strumenti: a) monitoraggio della qualità assistenziale attraverso controlli periodici di personale esperto e indagini annuali di soddisfazione degli utenti e dei loro Caregiver; b) formazione continua degli operatori.

I nuovi bisogni formativi devono trovare una risposta adeguata sia nell'ambito della formazione universitaria, di base e specialistica, sia nell'ambito della formazione continua e dell'aggiornamento professionale sia dei medici sia degli altri operatori sanitari.

Le aree di competenza alle quali è necessario dedicare particolare attenzione, sono quelle che consentono l'erogazione a domicilio di cure di media/elevata intensità, destinate a pazienti complessi con bisogni clinici e assistenziali diversificati.

Per questo, il medico di medicina generale e l'equipe delle cure primarie, oltre ad accrescere le proprie capacità cliniche e diagnostiche, dovranno prioritariamente sviluppare la capacità di integrare e coordinare i contributi professionali di specialisti diversi, mantenendo comunque vivo il rapporto privilegiato con il paziente. Analogamente, la formazione degli specialisti dovrà rivolgere particolare attenzione alla multimorbidità ed alle complesse interazioni tra le malattie croniche che colpiscono il paziente e che aumentano la difficoltà di gestione del percorso clinico e assistenziale. A questi fini, sarà strategico favorire la collaborazione del Servizio sanitario con le Università, le Società scientifiche, i Centri di riferimento nazionale e gli enti privati.

Anche l'utilizzo delle nuove tecnologie di e-Health richiederà nuove capacità e competenze, sia che le informazioni siano raccolte presso i pazienti, direttamente o tramite servizi specializzati, sia che lo scambio avvenga tra professionisti nell'ambito di teleconsulto o tele consulenza. Considerando lo sviluppo che le nuove tecnologie in medicina potranno avere nei prossimi anni, sembra necessario programmare iniziative di formazione specifica in questo settore.

Infine, è necessario agevolare e sostenere la ricerca di base e clinica sulle malattie croniche e promuovere un'ampia diffusione dei risultati nei Paesi europei, utilizzando strumenti che permettano la comparazione dei dati epidemiologici per il monitoraggio e la sorveglianza. E' necessario, quindi, che la ricerca, come la didattica, si sviluppi tenendo conto delle esigenze assistenziali perché vengano superati gli attuali gap esistenti fra i tre ambiti di attività.

OBIETTIVI PROPOSTI

- Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori favorendo lo scambio di informazioni.
- Promuovere la formazione continua del personale e monitorare, attraverso verifiche puntuali, l'effettiva crescita culturale specifica.

- Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e l'assistenza delle malattie croniche.
- Sostenere la ricerca finalizzata ad identificare processi di cura ottimali.
- Promuovere a livello universitario l'insegnamento di tecniche di cura del paziente cronico.
- Creare un link fra didattica, ricerca e assistenza, anche favorendo l'utilizzo di un linguaggio comune nei rispettivi ambiti.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Sostenere la produzione scientifica, di linee guida e documenti di consenso promuovendo l'adesione necessaria alla loro attuazione nella pratica professionale.
2. Favorire la collaborazione del Servizio sanitario con le Università, le Società scientifiche, i Centri di riferimento nazionale e gli enti privati.
3. Rilevare i bisogni formativi del personale coinvolto (sanitario e non sanitario) anche in relazione al tema della gestione integrata, al lavoro di team, all'utilizzo delle nuove tecnologie.
4. Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti gli operatori sanitari nella identificazione precoce delle persone a rischio ed nella gestione della persona con cronicità, garantendo un'adeguata formazione continua, con percorsi di accreditamento del personale sanitario.
5. Realizzare attività di formazione con coordinamento a livello centrale e regionale circa la progettazione, pianificazione e valutazione di iniziative con il coinvolgimento di un ampio numero di attori.
6. Favorire l' "apprendimento continuo" degli operatori e dei sistemi, attuando processi strutturati e periodici di audit, ai diversi livelli assistenziali, su aspetti sia clinici sia organizzativi.
7. Migliorare le conoscenze sulla fisiopatologia delle malattie croniche per interventi più efficaci capaci di ridurne l'incidenza, ritardarne l'insorgenza, anticiparne la diagnosi, ridurre il rischio di complicanze.
8. Migliorare le conoscenze sull'appropriatezza delle terapie e sui modelli di gestione e di assistenza.
9. Migliorare il coordinamento delle attività di ricerca attraverso la collaborazione interdisciplinare, sostenendo e programmando la formazione di giovani ricercatori.
10. Supportare la ricerca mediante programmi specifici e favorire l'accesso ai finanziamenti nell'ambito dei programmi quadro dell'UE.

RISULTATI ATTESI

- Implementazione delle attività di collaborazione tra Servizio sanitario, le Università, le Società Scientifiche e altri organi istituzionali finalizzate a incrementare processi formativi di personale, sanitario e non, per la gestione della cronicità.
- Incremento del numero di iniziative formative del personale, sanitario e non, destinato alla gestione della persona con cronicità con particolare attenzione alle condizioni di fragilità sociale, all'assistenza domiciliare, all'impiego di tecnologie di e-Health.

- Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche
- Migliorare l'aderenza terapeutica
- Garantire il diritto all'accesso appropriato alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, favorendo l'impiego di strumenti di qualità tecnologica adeguata e di procedure idonee a ottenere risultati sicuri riducendo i potenziali rischi e monitorando nel tempo l'adeguatezza e la qualità

1. valutare le buone pratiche presenti al fine di individuare un modello nazionale di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, coinvolgendo e responsabilizzando le istituzioni competenti (AIFA, ISS, Agenas ...)
2. promuovere studi di ricerca applicata e soluzioni tecnologiche e organizzative per migliorare l'aderenza terapeutica
3. valutare l'utilizzo delle linee guida e promuoverne l'implementazione per migliorare l'appropriatezza terapeutica e disincentivare l'utilizzo di farmaci non appropriati
4. diffondere le conoscenze sul rischio aumentato di reazioni avverse ai farmaci nei pazienti affetti da patologia cronica e in politerapia
5. sviluppare iniziative per far conoscere i criteri di Beers e di START and STOPP tra gli operatori sanitari
6. favorire l'implementazione di strumenti di ICT di aiuto alla prescrizione con warning per interazioni e controindicazioni
7. adottare procedure che favoriscano l'adesione alle prescrizioni mediche, con particolare riferimento all'aderenza alla terapia farmacologica in caso di trattamenti farmacologici multipli (politerapie)
8. definire modalità organizzative che consentano equità di accesso alle terapie e alle tecnologie, valorizzando le competenze dei centri specializzati a più alto livello di organizzazione
9. formare e informare le persone con cronicità e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti sull'uso appropriato delle terapie e delle tecnologie

Una delle maggiori sfide che gli operatori sanitari sono chiamati a fronteggiare in questi tempi è il mantenimento degli standard assistenziali raggiunti o il miglioramento di quelli non ancora ottimali nonostante la difficile congiuntura economica che il nostro Paese sta attraversando.

In questo scenario è prioritario ridiscutere del concetto di appropriatezza, vale a dire dell'adeguatezza delle azioni intraprese per trattare uno specifico stato patologico, secondo criteri di efficacia ed efficienza che coniugano obiettivi di salute e corretto uso delle risorse.

L'appropriatezza è un principio di fondamentale importanza per il Servizio sanitario nazionale; In generale si può affermare che un intervento sanitario è appropriato dal punto di vista professionale se è di provata efficacia ed è stato prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per una durata adeguata; inoltre i possibili effetti sfavorevoli devono essere accettabili rispetto ai benefici.

Si tratta di un preciso obbligo etico e deontologico; evitare interventi diagnostici o trattamenti inutili è un dovere professionale per utilizzare al meglio le risorse disponibili e perché test e trattamenti possono essere non solo inutili, ma anche dannosi. In quest'ottica la *riduzione delle prestazioni inappropriate*, che rappresentano uno spreco di risorse e non offrono benefici tangibili ai pazienti ma piuttosto maggiori rischi, costituisce un preciso imperativo, ancor più pressante in questo momento di crisi economica che mettere a rischio la sostenibilità del SSN e accentua in maniera allarmante le disuguaglianze tra i cittadini.

Pari rilevanza riveste l'obiettivo di garantire *l'aderenza terapeutica* e dalla sua realizzazione potrebbero derivare analoghi benefici di carattere economico

La compliance è definita come l'aderenza di un paziente alle prescrizioni mediche, farmacologiche o di follow up, come alle indicazioni dietologiche, ai suggerimenti per un cambiamento nello stile di vita. Il problema della *compliance* terapeutica non è solo un problema clinico ma anche un problema economico di crescente rilievo in molti paesi: alcuni studi americani riportano che il 30-50% degli adulti non segue adeguatamente le prescrizioni di farmaci a lunga durata con sprechi per circa 100 miliardi di dollari all'anno ed il paziente a maggior rischio di non aderenza è rappresentato dall'anziano in poli-terapia.

La prescrizione farmacologica per problemi di acuzie (antibioticoterapia) viene seguita da ¾ dei pazienti mentre se la terapia ha una durata di 10 giorni, solo ¼ dei pazienti completa il ciclo. La non aderenza terapeutica appare particolarmente critica nei pazienti con terapie di lunga durata e politerapie con una discontinuità del trattamento che compromette spesso l'efficacia dello stesso.

La compliance assente o incompleta deriva da molti fattori, specie nei pazienti affetti da patologia cronica:

- inconsapevolezza dell'importanza, per la propria salute, di seguire le prescrizioni nel lungo periodo;
- maturata convinzione che i benefici del farmaco siano inferiori all'impegno richiesto per seguire la terapia;
- complessità della gestione della terapia;
- condizioni cliniche che rendono il paziente poco vigile;
- convinzioni personali errate o irrazionali sui farmaci;
- perdita di fiducia sull'efficacia del farmaco;

La possibilità di riconoscere una di queste cause per il proprio paziente può orientare il professionista verso la soluzione appropriata.

Una recente revisione sistematica della letteratura pubblicata sulla Cochrane Library nel 2014, conferma che solo la metà circa dei pazienti assume i farmaci secondo le modalità corrette. Il lavoro ha esaminato 182 studi che valutano diversi approcci per migliorare l'aderenza terapeutica ma non è emersa alcuna soluzione che garantisca un miglioramento valutabile della *compliance*, anche dovuto alle problematicità metodologiche degli studi stessi.

Il rapporto PGEU 2012 (Pharmaceutical group europeo del 2012), riporta dati di mortalità in Europa per mancata aderenza terapeutica o per errori di dosaggio o assunzione di farmaci: 194.500 persone e 125 miliardi di euro relativi ai costi di ricoveri.

Un problema ulteriore nella popolazione anziana è dato dalla poli-terapia e dalla possibile interazione farmacologica: gli anziani hanno un rischio di sviluppare patologie iatrogene quasi doppio rispetto ai soggetti più giovani. 1 ricovero su 10 in un reparto geriatrico è correlato a patologie iatrogene.

Interazioni importanti si verificano nel 3 – 5 % dei pazienti che assumono pochi farmaci, sino al 20% nei pazienti che ricevono da 10 a 20 farmaci (la maggior parte dei pazienti ospedalizzati riceve circa 6 farmaci) e si stima che il 6- 30 % di tutti gli effetti collaterali sia causato da un interazione tra farmaci. In Italia, il Geriatric Working Group dell'Agenzia Italiana del Farmaco ha sviluppato un set di indicatori utili a valutare la qualità della prescrizione farmacologica negli ultrasessantacinquenni e la poli-farmacoterapia è risultata essere un fenomeno molto comune, con circa l'11% della popolazione anziana (circa 1,4 milioni di persone sul territorio nazionale) che riceve contemporaneamente 10 o più farmaci.

Vi sono ad oggi esperienze condotte in Italia, quale quella dell'Emilia Romagna, che affrontano il problema della individuazione di farmaci potenzialmente inappropriati nella popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni, utilizzando criteri espliciti presenti in letteratura. I criteri di Beers, sviluppati negli Stati Uniti, rappresentano lo strumento maggiormente studiato e adottato e individuano classi di farmaci che in generale si dovrebbero evitare negli anziani in quanto "il rischio di reazioni avverse alla terapia è tale da diminuirne il potenziale beneficio". Nello studio condotto a livello regionale circa il 18% della popolazione di età superiore a 65 anni utilizza abitualmente almeno un farmaco incluso nella lista di Beers.

Numerosi studi hanno confermato che il 30% delle ADR (AVERS DRUG REACTION) era prevenibile, e che i farmaci più frequentemente implicati in queste reazioni sono anticoagulanti, antidiabetici, diuretici e FANS. Per intervenire su questa grave problematica, in Irlanda e Regno Unito sono stati sviluppati i criteri STOPP/START: i criteri STOPP (Screening Tool of Older Person's Potentially Inappropriate Prescriptions) sono associati significativamente con ADR evitabili che causano o contribuiscono al ricovero d'urgenza di anziani e comprendono 65 criteri clinici significativi per prescrizioni potenzialmente inappropriate. I criteri START (Screening Tool to AlertDoctors to Right Treatments) rappresentano i più comuni eventi di omissione inappropriata di farmaci potenzialmente utili. Consistono di 22 indicatori prescrittivi evidence based per malattie frequenti negli anziani.

La disponibilità di soluzioni tecnologiche sicure e vicine al paziente, rappresenta una possibile soluzione alle problematicità correlate all'aderenza terapeutica, alla politerapia e alla interazione farmacologica nella popolazione affetta da patologia cronica, con risparmi evidenti in termini economici e qualitativi. Vi sono applicazioni informatiche che aiutano i pazienti ad assumere correttamente la terapia attraverso messaggistica (via smartphone o tablet) e soluzioni con *reminder* acustici (quali i dispensatori elettronici di farmaci).

OBIETTIVI PROPOSTI

- Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche.
- Migliorare l'aderenza terapeutica.
- Garantire il diritto all'accesso appropriato alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, favorendo l'impiego di strumenti di qualità tecnologica adeguata e di procedure idonee a ottenere risultati sicuri riducendo i potenziali rischi e monitorando nel tempo l'adeguatezza e la qualità.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Valutare le buone pratiche presenti al fine di individuare un modello nazionale di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, coinvolgendo e responsabilizzando le istituzioni competenti (AIFA, ISS, Agenas, ecc.).
2. Promuovere studi di ricerca applicata e soluzioni tecnologiche e organizzative per migliorare l'aderenza terapeutica.
3. Valutare l'utilizzo delle linee guida e promuoverne l'implementazione per migliorare l'appropriatezza terapeutica e disincentivare l'utilizzo di farmaci non appropriati.
4. Diffondere le conoscenze sul rischio aumentato di reazioni avverse ai farmaci nei pazienti affetti da patologia cronica e in poli-terapia.
5. Sviluppare iniziative per far conoscere i criteri di Beers e di START and STOPP tra gli operatori sanitari.

6. Favorire l'implementazione di strumenti di ICT (Information and Communication Technology) di aiuto alla prescrizione con warning per interazioni e controindicazioni.
7. Adottare procedure che favoriscano l'adesione alle prescrizioni mediche, con particolare riferimento all'aderenza alla terapia farmacologica in caso di trattamenti farmacologici multipli (politerapie).
8. Definire modalità organizzative che consentano equità di accesso alle terapie e alle tecnologie, valorizzando le competenze dei centri specializzati a più alto livello di organizzazione.
9. Formare e informare le persone con cronicità e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti sull'uso appropriato delle terapie e delle tecnologie.

RISULTATO ATTESO

Incremento di soluzioni organizzative che favoriscano l'adesione alle prescrizioni, con particolare riferimento all'aderenza alla terapia farmacologica in caso di trattamenti farmacologici multipli (politerapie)

Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza	1. sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, telemonitoraggio medicale, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme); 2. analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica; 3. diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori e nelle istituzioni la cultura della telemedicina; 4. potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo per gli operatori dei servizi di telemedicina; 5. produrre studi di fattibilità e di analisi costo-beneficio e condividere le esperienze in telemedicina.

SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI

La comunicazione è l'asse fondante della gestione integrata e delle reti assistenziali, elemento indispensabile tra i diversi operatori, tra i vari servizi, tra i differenti livelli (territorio/ospedale), nonché fattore centrale del rapporto di fiducia del paziente e del suo processo di empowerment. Le nuove tecnologie disponibili (comunicazione audiovisiva, telemedicina, etc.), sembrano poter contribuire a facilitare la comunicazione e a migliorare l'assistenza negli aspetti relativi all'efficacia e all'efficienza.

Di indubbia importanza, in un tale disegno sono: a) l'utilizzo di sistemi informativi "esperti" in grado di monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici e di migliorare l'appropriatezza assistenziale (attraverso una attività di audit integrato basata su indicatori di processo ed esito); b) il potenziamento e l'utilizzo di strumenti di comunicazione e di scambio informativo.

In particolare i sistemi informativi dovranno fornire un opportuno supporto alla condivisione/circolazione dei dati clinici per ottimizzare il percorso di cura e evitare la inutile ripetizione degli esami, inserendo le persone con cronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali utile a una maggiore attenzione nella cura e a migliori risultati e rappresentando la base per la programmazione degli interventi e la gestione 'personalizzata' dei pazienti (Fascicolo Sanitario Elettronico, Patient Summary ecc).

Un idoneo sistema informativo deve consentire di rilevare tempestivamente situazioni critiche e attivare un sistema di richiamo (recall) per pazienti che non rispettino le tappe previste nel Piano di Cura. Un tale approccio appare utile per monitorare in itinere, e non solo ex post, l'andamento del Piano, la performance dei diversi attori e l'aderenza del paziente al suo follow up, fornendo dati di allerta tempestivi per prevenire l'insorgere di rischi e di complicanze.

A garantire appropriatezza, efficacia e migliore organizzazione delle cure servono gli strumenti innovativi previsti dal "Patto per la Sanità Digitale", un piano strategico teso a facilitare la diffusione delle informazioni e dal "Piano di Evoluzione dei Flussi NSIS (PEF-NSIS)" che consentirà di programmare gli interventi sui sistemi informativi, necessari a consentire il governo e il monitoraggio dei LEA e dei relativi costi, in coerenza con il percorso evolutivo del NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) condiviso tra Amministrazioni centrali e regionali.

PIATTAFORME ICT E CHRONIC CARE MODEL

Le tecnologie della sanità digitale (eHealth) possono risultare di grande supporto nell'implementazione di modelli di gestione della cronicità basati sul Chronic Care Model (CCM). E' possibile ipotizzare un modello concettuale di CCM "rafforzato" dalle tecnologie eHealth (eCCM) che non solo preveda un contributo della eHealth sulla messa in azione di ogni componente del CCM, ma possa fornire un supporto fondamentale nell'ambito dell'educazione e della formazione del paziente, portando ad una componente aggiuntiva del CCM (eHealth education)[14].

Il coinvolgimento attivo del cittadino in un'ottica di patient empowerment, richiede la presenza di una infrastruttura di servizi online che consentano al cittadino di entrare in rete favorendo la comunicazione e lo scambio di informazioni tra il singolo cittadino e i propri familiari, gli operatori sanitari ed altri cittadini.

PM Gee. The eHealth Enhanced Chronic Care Model: a Theory Derivation Approach. J Med Internet Res 2015; 17(4):e86

Dipartimento Promozione della Salute, Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Sanitaria e Governo della Rete - REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Le tecnologie e-Health sono in grado di supportare la creazione di questa "infrastruttura digitale" di servizi sanitari innovativi (e-care) mettendo a disposizione del cittadino strumenti tecnologici che lo aiutino e lo accompagnino nella gestione della propria salute nella vita di tutti i giorni, con facilità, attraverso vari dispositivi (computer, smartphone, tablet, sensori, ecc), ovunque esso si trovi (casa, lavoro, ferie), e nel momento del bisogno.

In particolare, la grande diffusione dei dispositivi mobile ed il crescente sviluppo di sensori indossabili rappresentano dei fattori di grandi potenzialità per supportare l'implementazione di nuovi modelli di assistenza focalizzati sulla prevenzione e sulla qualità della vita e su l'empowerment dei cittadini/pazienti.[15]

Infatti il paziente attraverso l'utilizzo di applicazioni mobile certificate può raccogliere dati strutturati sul proprio stato di salute (es. sintomi, farmaci assunti, ecc.) mentre attraverso l'uso di sensori connessi all'applicazione mobile può tenere traccia con facilità dei parametri vitali (es. glicemia, peso, movimento, ecc). L'uso di questi dati, generati dal paziente stesso nei periodi che intercorrono fra le visite, su base quotidiana e in modo semplice, offre un'opportunità unica di monitorare da remoto e in tempo reale lo stato di salute, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo i costi di gestione del malato cronico.[16]

L'utilizzo di sistemi basati su Personal Health Record, sistemi a supporto delle decisioni e tecnologie persuasive consentiranno di creare delle piattaforme più evolute di tele-salute in grado di migliorare ulteriormente il monitoraggio remoto e la self-care dei malati cronici. Inoltre sistemi di modellazione di percorsi di cura e di gestione multiutente del paziente cronico basati su differenti basi di conoscenza (medica, organizzativa), potranno facilitare il coordinamento e la collaborazione degli attori coinvolti nel processo di cura supportando l'implementazione di percorsi assistenziali personalizzati, integrati e multidisciplinari.

Le piattaforme tecnologiche avanzate che integrano differenti soluzioni e metodologie di eHealth hanno quindi le potenzialità di supportare un sistema di cura e assistenza centrato sulla persona, dove il cittadino/paziente può diventare da un lato 'gestore' della propria salute (soprattutto in un contesto di prevenzione) e dall'altro "partner attivo" nella gestione condivisa della cura con gli operatori sanitari[17]

TELEMEDICINA

Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT). Essa non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto medico-paziente, ma mette a disposizione del medico e del servizio una serie di strumenti utili a migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in telemedicina contribuisce ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

---

[15] *GREEN PAPER on mobile Health ("mHealth"). COM (2014) 219 final. Brussels, 10.4.2014*

[16] *Issue Brief: Patient-Generated Health Data and Health IT. Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC). December 20, 2013. http://www.healthit.gov/policy-researchers-implementers/patient-generated-health-data*

Using Health IT to put the person at the center of their health and care by 2020. Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC). January 10, 2014.

Per favorire la diffusione della telemedicina nel SSN, il Ministero della salute e le Regioni hanno approvato le Linee di indirizzo nazionali[18], con lo scopo di fornire un riferimento unitario per la implementazione di servizi di Telemedicina, e di individuare gli elementi di riferimento necessari per una coerente progettazione ed impiego di tali sistemi nell'ambito del SSN.

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo dell'ICT per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa in carico e all'erogazione delle cure. In particolare, nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività, anche ai fini della gestione della cronicità.

LA TELEMEDICINA NELL'AMBITO DELLA CRONICITÀ

Nell'ambito della cronicità i servizi di Telemedicina possono realizzare le seguenti finalità sanitarie:
a) *prevenzione*: attraverso servizi dedicati alle persone già classificate a rischio o già affette da patologie (ad esempio diabete o patologie cardiovascolari), le quali, pur conducendo una vita normale, devono sottoporsi a costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, al fine di ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni.
b) *diagnosi:* attraverso la rapida e sicura circolazione delle informazioni diagnostiche tra i diversi operatori sanitari coinvolti; ad esempio, attraverso la possibilità di trasmettere gli esami diagnostici refertati dallo specialista, presso l'ambulatorio del medico di medicina generale, la farmacia, il domicilio del paziente.
c) *cura e riabilitazione*: attraverso la trasmissione di dati relativi ai parametri vitali tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali) e una postazione di monitoraggio, per la loro interpretazione e l'adozione delle scelte terapeutiche necessarie (ad esempio, servizi di Teledialisi). In particolare la tele-riabilitazione rappresenta un tipo di riabilitazione applicata a distanza attraverso la tecnologia elettronica usata come mezzo di comunicazione ed informazione.
I principali attori coinvolti nell'erogazione dell'assistenza sono il "Centro erogatore" e il "Centro servizi"; il Centro servizi ha la funzione di gestione e manutenzione del sistema informativo attraverso il quale le informazioni sanitarie generate dall'utente arrivano al Centro erogatore e gli esiti della prestazione sanitaria eseguita dal Centro erogatore sono comunicati all'utente.

Benefici attesi nella gestione della cronicità

Di seguito si sintetizzano i principali benefici attesi che spingono allo sviluppo ed all'adozione di modelli, tecniche e strumenti di Telemedicina nella gestione della cronicità:
1) *equità di accesso all'assistenza sanitaria*: l'equità dell'accesso e la disponibilità di una assistenza sanitaria qualificata in aree remote possono essere grandemente aumentate dall'uso della Telemedicina.
2) *continuità delle cure e migliore qualità dell'assistenza*: il Tele monitoraggio può migliorare la qualità della vita di pazienti cronici attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio remoto, anche ai fini di una de-ospedalizzazione precoce.
3) *migliore efficacia, efficienza, appropriatezza*: l'introduzione della Telemedicina come modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori,

[18] *"Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina" (Ministero della Salute, 2010); documento recepito in Conferenza Stato–Regioni con Atto d'intesa del 20.02.2014.*

riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari con questa modalità organizzativa attraverso indicatori di processo ed esito.
4) *contenimento della spesa*: uno dei vantaggi dei modelli organizzativi basati sulla Telemedicina è rappresentato da una potenziale razionalizzazione dei processi sociosanitari con un possibile impatto sul contenimento della spesa sanitaria e degli oneri, economici e non solo (spostamenti, attese, ecc.) che gravano sui pazienti.
5) *contributo all'economia*: quello della Telemedicina e sanità elettronica (e più in generale quello delle tecnologie applicate alla medicina), è uno dei settori industriali a maggior tasso di innovazione.

L'importanza economica della Telemedicina si esplica pertanto non solo in un potenziale contenimento della spesa sanitaria, ma anche in un contributo significativo all'economia, in un settore in cui l'industria europea, ma anche quella nazionale ha subito una rapida espansione.

Inoltre i maggiori vantaggi derivanti dall' uso di sistemi integrati di domotica e ambient intelligence riguardano un elevato livello di sicurezza e controllo dell'abitazione e possono migliorare in modo davvero significativo la qualità della vita dei malati cronici disabili che, utilizzando le facili interfacce rese disponibili dai sistemi intelligenti, riescono a gestire la propria abitazione e le apparecchiature presenti in un modo che non sarebbe diversamente possibile.

WEB E SALUTE

Con l'avvento delle nuove tecnologie, i cittadini, da una parte utilizzano la rete per ottenere informazioni (sulla propria salute, le patologie, i farmaci, le terapie ed i percorsi di cura), dall'altra, attraverso i social network, hanno l'opportunità di far sentire la propria voce, condividere esperienze, interagire in un'arena informale e diretta con i principali stakeholder. I dati disponibili confermano che è in atto una vera rivoluzione culturale e socio-sanitaria che va governata.

L'acquisizione in rete di informazioni sul proprio stato di salute o sulla propria patologia, anche da fonti autorevoli quali riviste scientifiche, attesta una tendenza diffusa a fruire in autonomia di informazioni che possono essere gestite in prima persona o condivise magari in fase di visita, rendendo Internet uno tra media preferiti in tema di salute.

Una crescita documentata nelle recenti ricerche del CENSIS: a fronte della centralità che il medico di medicina generale continua a mantenere come principale fonte di informazione sulla salute, Internet viene citato da quote crescenti di italiani (se nel 2010 era il 10,8%, nel 2014 quasi 1 italiano su 5 indica il web come fonte dalla quale ha acquisito la maggior parte delle cose che sa sulla sua salute).

Nella rete, inoltre, non si cercano solo informazioni ma cresce anche il numero di chi la utilizza per aspetti pratici (prenotare visite, esami, comunicare tramite mail con il proprio medico - 25% circa) mentre il 18% discute sui social network di episodi relativi alla salute. Pertanto nelle politiche per la cronicità non è più possibile prescindere da Internet come strumento di informazione ed educazione della popolazione.

OBIETTIVO PROPOSTO

Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, Telemonitoraggio, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme).
2. Analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica.
3. Diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori e nelle istituzioni la cultura della telemedicina.
4. Potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo per gli operatori dei servizi di telemedicina.
5. Produrre studi di fattibilità e di analisi costo-beneficio e condividere le esperienze in telemedicina.

RISULTATI ATTESI

1. Implementazione dei servizi di telemedicina.
2. Incremento di modelli di assistenza che sappiano coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente-persona.

OBIETTIVO	LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
Promuovere interventi di umanizzazione in ambito sanitario che, nel rispetto della centralità della persona con cronicità, coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza	1. promuovere il rispetto della volontà e della dignità della persona 2. tutelare la salute psicofisica degli operatori sanitari, promuovendo l'ascolto attivo e l'accoglienza delle loro necessità con l'elaborazione delle dinamiche emotive individuali e di gruppo e l'attivazione di opportune misure correttive 3. promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori sui temi della comunicazione, con particolare riferimento a quelli a contatto con il pubblico 4. creare luoghi di cura "a misura d'uomo", accessibili e confortevoli, con interventi a livello ambientale e strutturale e con sviluppo di modelli ergonomici nei locali nei quali si svolgono particolari attività assistenziali 5. promuovere una relazione fondata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia 6. Favorire la relazione medico-paziente, con adozione di modelli corretti di comunicazione e informazione esaustiva, con particolare riferimento ai percorsi di consenso informato e alla promozione della medicina narrativa. 7. favorire il coinvolgimento di un familiare (o di altra persona di riferimento) in particolari degenze (terapie intensive) o in momenti particolarmente critici (comunicazione di diagnosi), garantendo adeguato supporto psicologico 8. adottare specifiche politiche aziendali per la raccolta sistematica delle informazioni sulla qualità dei servizi percepita dai pazienti

I processi di umanizzazione devono promuovere l'avvicinamento di utenti e operatori, in una dimensione nella quale l'istituzione sanitaria diventa struttura di servizio che accoglie, orienta e promuove il benessere, stimolando il coinvolgimento e la partecipazione di tutti. In particolare, i temi della trasparenza, dell'accoglienza, dell'orientamento e della comunicazione costituiscono strumenti fondamentali per perseguire il miglioramento delle prestazioni erogate in un'ottica di umanizzazione e di qualità delle cure.

Visione olistica, empowerment, equità nella salute, cambiamento orientato al miglioramento continuo, governo del sistema sanitario, rispetto della dignità personale, ascolto attivo, affidabilità, "learning by doing", sono solo alcuni dei principi generali che definiscono un'assistenza centrata sulla persona.

L'adozione di politiche di umanizzazione va esplicitata con un'adeguata pianificazione, al fine di realizzare un preciso quadro organizzativo con cui perseguire gli obiettivi rispondenti alle esigenze ed alle aspettative dei cittadini/utenti che si rivolgono alle strutture sanitarie.

La realizzazione di un autentico processo di umanizzazione dipende dall'attivazione di interventi a più livelli: ambientale (sia in termini strutturali che funzionali), organizzativo, relazionale. Il rapporto con le strutture sanitarie andrebbe ridefinito nella dimensione organizzativa, attraverso una rimodulazione del ruolo e delle funzioni degli Uffici per le relazioni con il pubblico e la formazione degli operatori, nella dimensione etica, con la strutturazione ed il potenziamento dei Comitati per la Bioetica, nella dimensione del Governo Clinico, attraverso l'applicazione dei principi della EBM, nella dimensione della qualità delle cure.

Il Patto per la Salute 2014-2016 (articolo 4) prevede che Regioni e Provincie Autonome si impegnino ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario, nel rispetto della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale e che coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

OBIETTIVO PROPOSTO

Promuovere interventi di umanizzazione in ambito sanitario che, nel rispetto della centralità della persona con cronicità, coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Promuovere il rispetto della volontà e della dignità della persona
2. Tutelare la salute psicofisica degli operatori sanitari, promuovendo l'ascolto attivo e l'accoglienza delle loro necessità con l'elaborazione delle dinamiche emotive individuali e di gruppo e l'attivazione di opportune misure correttive
3. Promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori sui temi della comunicazione, con particolare riferimento a quelli a contatto con il pubblico
4. Creare luoghi di cura "a misura d'uomo", accessibili e confortevoli, con interventi a livello ambientale e strutturale e con sviluppo di modelli ergonomici nei locali nei quali si svolgono particolari attività assistenziali
5. Promuovere una relazione fondata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia

ALCUNE CRITICITÀ

IL CONTATTO CON UNA STRUTTURA SANITARIA PUÒ ESSERE DI PER SÉ PROBLEMATICO PERCHÉ RAPPRESENTA UNA INTERRUZIONE DOLOROSA DELLO SVOLGERSI DELLA VITA QUOTIDIANA CHE SPESSO AVVIENE AL CULMINE DELLA CRISI CHE ACCOMPAGNA L'EVENTO MALATTIA. I PROGRESSI DELLE SCIENZE BIOMEDICHE HANNO COMPORTATO UN ALLONTANAMENTO DAI BISOGNI PIÙ PROPRIAMENTE UMANI DEL PAZIENTE, MENTRE L'AFFERMARSI DI PROCEDURE SEMPRE PIÙ STANDARDIZZATE CONTRIBUISCE A DISTOGLIERE L'ATTENZIONE DALLA SPECIFICITÀ INDIVIDUALE CON UN APPROCCIO PIÙ ATTENTO ALLA MALATTIA E MENO ALLA PERSONA NELLA SUA INTEREZZA. INOLTRE LA TECNOLOGIA HA CONDOTTO A UNA SEMPRE MAGGIORE SPECIALIZZAZIONE E HA RESO PIÙ COMPLESSO E DIFFICILE IL RAPPORTO TRA MEDICO E PAZIENTE. E' NOTO COME CHI SI AFFIDA AI SERVIZI SANITARI SIA IN UNA CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ E DI DISAGIO PIÙ O MENO ACCENTUATA. MA DI CONDIZIONI SIMILI RISENTONO ANCHE GLI STESSI OPERATORI SANITARI, SPESSO COSTRETTI A LAVORARE IN CONDIZIONI DIFFICILI E SOLLECITATI DA UN GRANDE STRESS EMOTIVO.

6. Favorire la relazione medico-paziente, con adozione di modelli corretti di comunicazione e informazione esaustiva, con particolare riferimento ai percorsi di consenso informato e alla promozione della medicina narrativa.
7. Favorire il coinvolgimento di un familiare (o di altra persona di riferimento) in particolari degenze (terapie intensive) o in momenti particolarmente critici (comunicazione di diagnosi), garantendo adeguato supporto psicologico
8. Adottare specifiche politiche aziendali per la raccolta sistematica delle informazioni sulla qualità dei servizi percepita dai pazienti

RISULTATI ATTESI

- Incremento delle iniziative di raccolta sistematica delle informazioni sulla qualità dei servizi percepita dai pazienti.
- Incremento di iniziative per tutelare la salute psicofisica degli operatori sanitari, promuovendo l'ascolto attivo e l'accoglienza delle loro necessità con elaborazione delle dinamiche emotive individuali e di gruppo.

OBIETTIVO	LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
·Coinvolgere le Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo nazionale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello nazionale	1. censire le Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo nazionale e regionale operanti sul territorio
·Coinvolgere le Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo regionale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello regionale e aziendale	2. coinvolgere rappresentanti delle Associazioni di rilievo nazionale nelle commissioni/gruppi nazionali deputati all'attuazione del Piano
·Migliorare la formazione e la qualificazione dei volontari perché acquisiscano la capacità gestionale che li porti a operare con efficienza, chiarezza, affidabilità, eticità e competenza	3. coinvolgere rappresentanti delle Associazioni di rilievo regionale nelle commissioni/gruppi regionali deputati all'attuazione del Piano
	4. prevedere sedi e strumenti di confronto a livello nazionale, regionale e aziendale in cui le associazioni possano rappresentare le esigenze delle persone con malattia cronica e presentare proposte per azioni di miglioramento.
	5. stimolare la formazione e la crescita culturale delle Associazioni

Le Associazioni di tutela delle persone con malattia cronica svolgono un'azione collettiva, responsabile, solidale ed hanno un ruolo importante nella implementazione e valutazione delle politiche della cronicità e nell'erogazione dell'assistenza, specialmente in questo particolare momento storico di contenimento delle risorse destinate ai servizi.

Alcuni elementi che le caratterizzano (spontaneità, gratuità, solidarietà, continuità) le rendono una risorsa della collettività che si auto-organizza per migliorare il benessere delle persona con cronicità e dei Caregivers ma non possono e non devono sostituirsi all'intervento pubblico con cui devono coordinarsi e avere un dialogo costruttivo.

Il loro ruolo è strategico per il miglioramento della qualità dell'assistenza e di conseguenza della qualità della vita delle persone e delle loro famiglie e per costruire percorsi di socializzazione e di integrazione migliorando il rapporto e il dialogo con le istituzioni.

Le Associazioni possono infine svolgere ruoli di anticipazione nella segnalazione di bisogni emergenti, di stimolo delle istituzioni pubbliche a tutela dei diritti dei cittadini, di formazione della cultura della solidarietà e delle reti informali, di sussidiarietà. Per questo, nella definizione delle politiche sulla cronicità, e nella programmazione di iniziative a livello aziendale, regionale e nazionale, è importante tenere conto delle proposte delle Associazioni di tutela dei malati, individuate sulla base di criteri oggettivi e qualitativi predefiniti.

Le Associazioni di volontariato agiscono senza scopi di lucro, nel rispetto delle norme sul volontariato e sul lavoro e i loro membri sono coinvolti direttamente o indirettamente nella patologia. È importante il ruolo di un Associazionismo che abbia una formazione adeguata nel percorso di salute del malato cronico e delle persone a rischio di sviluppare una patologia cronica.

OBIETTIVI PROPOSTI

- Coinvolgere le Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo nazionale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello nazionale
- Coinvolgere le Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo regionale e aziendale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello regionale e aziendale
- Potenziare la formazione e la qualificazione dei volontari perché operino con sempre maggiore efficacia, efficienza, responsabilità e trasparenza.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Censire le Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo sia nazionale che regionale operanti sul territorio.
2. Prevedere sedi e strumenti di confronto a livello nazionale, regionale e aziendale in cui le Associazioni possano rappresentare le esigenze delle persone con malattia cronica e presentare proposte per azioni

di miglioramento.

3. Coinvolgere rappresentanti delle Associazioni di rilievo regionale nelle commissioni/gruppi regionali deputati all'attuazione del Piano.
4. Coinvolgere rappresentanti delle Associazioni di rilievo nazionale nelle commissioni/gruppi nazionali deputati all'attuazione del Piano.
5. Promuovere la partecipazione locale delle Associazioni nella definizione dei percorsi di cura, nella collaborazione all'Empowerment dei pazienti e dei loro familiari nella gestione della malattia cronica e nella identificazione delle criticità dell'assistenza.
6. Favorire la formazione e la crescita culturale delle Associazioni.

RISULTATI ATTESI

Incremento delle decisioni e iniziative assunte a livello locale, regionale e nazionale con il coinvolgimento delle Associazioni di tutela dei malati cronici.

Incremento dei corsi di formazione per le associazioni, da parte delle Istituzioni preposte, per sviluppare la loro capacità di comunicazione e ascolto, la relazione d'aiuto, la conoscenza di leggi e normative nazionali, regionali, locali, la gestione amministrativa e contabile dell'Associazione, la capacità organizzativa e programmatoria.

[redacted]

Promuovere un coinvolgimento delle farmacie nelle attività di educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria secondo protocolli condivisi con lo specialista e il MMG/PLS, anche per quel che riguarda l'aderenza ai trattamenti a lungo termine.	1. sperimentare modalità di coinvolgimento delle farmacie nel percorso di prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche 2. coinvolgere il farmacista nei programmi di formazione sulla cronicità

[redacted]

Le farmacie, presidi del SSN sul territorio, sono uno dei punti di riferimento per la persona con cronicità e dei suoi familiari perché rappresentano il più agevole e frequente punto di accesso.

Le relazioni di prossimità del farmacista e il suo ruolo professionale gli permettono di instaurare un rapporto di confidenza con gli utenti abituali e di svolgere una funzione potenzialmente attiva nell'educazione, informazione e assistenza personalizzata. In particolare, le farmacie possono conseguire significativi obiettivi in termini di prevenzione primaria e secondaria nel rispetto di protocolli condivisi con il team specialistico e il MMG/PLS, anche per quel che riguarda l'aderenza ai trattamenti a lungo termine.

Negli ultimi anni la farmacia sta assumendo in Italia una nuova identità, trasformandosi da farmacia in senso tradizionale in "Centro polifunzionale" improntato alla *Pharmaceutical Care*, nonché in un luogo di promozione e produzione della salute.

Tale ruolo è cambiato con i decreti ministeriali sulla "farmacia dei servizi"[19], che hanno previsto la possibilità di erogare servizi e prestazioni professionali agli assistiti. Infatti, il coinvolgimento attivo delle farmacie, grazie alla loro diffusione sul territorio e ai continui rapporti con i cittadini, permetterà di conseguire significativi obiettivi in termine di salute.

La farmacia dei servizi può rappresentare il luogo in cui la popolazione potrà trovare una prima risposta alle proprie domande di salute. Per garantirla, il nuovo farmacista dovrà acquisire competenze e nuove attitudini che facilitino il paziente anche nell'accesso alle cure e alle prestazioni.

Tra i nuovi compiti e funzioni assistenziali attribuiti alle farmacie dei servizi, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio sanitari regionali, figura la loro partecipazione al servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) a supporto delle attività del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di famiglia (PLS) attraverso:

a) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;
b) la preparazione nonché dispensazione a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici (nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa);
c) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci in distribuzione diretta (DD);
d) la collaborazione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti per l'effettuazione a domicilio di specifiche prestazioni professionali richieste dal MMG o dal PLS e per l'effettuazione di ulteriori prestazioni presso la farmacia.

OBIETTIVO PROPOSTO

Promuovere un coinvolgimento delle farmacie nelle attività di educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria secondo protocolli condivisi con lo specialista e il MMG/PLS, anche per quel che riguarda l'aderenza ai trattamenti a lungo termine.

[19] *I decreti attuativi dell'Accordo pubblicati in Gazzetta Ufficiale sono:*
Decreto 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011
Decreto 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011
Decreto 8 luglio 2011 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1 ottobre 2011

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Sperimentare modalità di coinvolgimento delle farmacie nel percorso di prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche.
2. Coinvolgere il farmacista nei programmi di formazione sulla cronicità.

RISULTATI ATTESI

- Incremento della partecipazione dei farmacisti alle iniziative di formazione sulla cronicità.
- Incremento delle progettualità che coinvolgono il farmacista nella educazione sanitaria per la prevenzione delle malattie croniche prevalenti.

E) La cronicità in età evolutiva

Nelle pagine precedenti sono stati indicati la strategia complessiva e gli obiettivi, le linee di intervento ed i risultati attesi, per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali.

Tutto ciò ha valore anche per l'età evolutiva ma sono necessari alcuni approfondimenti per le caratteristiche peculiari della cronicità pediatrica, che includono: a) il continuo cambiamento dei bisogni nelle differenti fasi della crescita; b) la possibilità che malattia e/o disabilità possano ritardare, talora in modo irreversibile, il normale sviluppo; c) la necessità di favorire l'inserimento in comunità ludiche, ricreative e scolastiche, quale aspetto importante dell'intervento assistenziale; d) la dipendenza del bambino dagli adulti e quindi dalle competenze e dallo stato sociale ed economico della famiglia (patologie relativamente semplici possono risultare di difficile gestione in contesti familiari critici).

Pertanto, sono state individuate le seguenti macroattività: 1) la continuità assistenziale del bambino con cronicità; 2) il ruolo delle famiglie; 3) gli ambiti relazionali specifici per l'età (scuola, sport, socialità); 4) il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto. Di ciascuna verranno descritti gli aspetti peculiari e le principali criticità, proponendo poi obiettivi, relative linee di intervento e risultati attesi.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, IL RUOLO DELLE FAMIGLIE, GLI AMBITI RELAZIONALI, LA TRANSIZIONE.

OBIETTIVI	LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
• Migliorare le conoscenze sulle malattie croniche in età evolutiva.	1. incentivare iniziative e progetti di assistenza domiciliare e negli ambienti di vita dei bambini con cronicità, formando il personale a un approccio anche psicosociale.
• Realizzare attività di formazione e comunicazione, con il coinvolgimento delle Associazioni dei malati, per migliorare la capacità di gestione della malattia da parte dei contesti familiare, relazionale e sociale, adeguatamente supportati.	2. attivare iniziative per diffondere una cultura della cronicità in età pediatrica nel personale scolastico e informare sui sintomi iniziali per una diagnosi precoce e sulla natura della malattia per il migliore inserimento possibile dei pazienti nella quotidianità.
• Favorire "l'azione di rete" sul territorio, con particolare riguardo alla informazione/formazione del personale non sanitario che opera nei contesti relazionali dei bambini e sostenere i familiari nella gestione del bambino e dell'adolescente con cronicità nel percorso di inclusione a scuola.	3. favorire la partecipazione alle attività fisiche e sportive, anche a livello agonistico.
• Aumentare la consapevolezza delle risorse dei bambini con malattia cronica nel mondo della scuola, nelle attività ludiche e fisico-sportive per evitare discriminazioni e preclusioni personali garantendo al bambino e all'adolescente una vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale simile ai propri coetanei, compatibilmente con la patologia da cui è affetto.	4. garantire sicurezza e gestione della somministrazione dei farmaci in ambienti scolastici, educativi, formativi, sia nella continuità assistenziale che nelle emergenze, applicando le indicazioni ministeriali.
• Istruire gli operatori socio-sanitari, gli insegnanti e gli istruttori sportivi e sensibilizzare i colleghi di lavoro su come prevenire, riconoscere e trattare le eventuali situazioni di urgenza.	5. promuovere iniziative per favorire una comunicazione efficace tra i medici pediatri e i medici dell'adulto.
• Promuovere l'adozione di modelli di transizione dall'età adolescenziale all'età adulta, promuovendo l'indipendenza in rapporto al grado di maturità del soggetto.	6. organizzare una transizione strutturata, disegnando un percorso personalizzato e adatto alla realtà locale, nel rispetto di linee guida e PDTA.

RISULTATI ATTESI

- **Sviluppo di modelli che garantiscano una risposta integrata ai bisogni di salute, in particolare nella domiciliarità, tenendo conto delle peculiarità dell'età evolutiva**
- **Incremento di modelli di integrazione scolastica, di scuola a domicilio e in ospedale e aumento del numero degli istituti scolastici che implementino tali modelli.**
- **Attivazione di percorsi di facilitazione all'accesso alle attività ludiche e sportive ed alla partecipazione a tutte le attività extra scolastiche dei bambini con malattie croniche**
- **Diffusione di protocolli di transizione dall'età adolescenziale all'età adulta, condivisi e operativi tra servizi pediatrici e servizi per gli adulti**

1. LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE AL BAMBINO CON CRONICITA'

Secondo un recente documento della Società Italiana di Pediatria, il concetto di cronicità in età pediatrica si riferisce a *"bambini con bisogni assistenziali speciali a maggior rischio di condizione cronica nella sfera fisica, evolutiva, comportamentale ed emotiva, che richiedono servizi socio-sanitari di tipo e dimensione diversa da quelli usuali"*, includendo poche condizioni cliniche frequenti e molte condizioni rare. La sopravvivenza di pazienti con condizioni un tempo considerate letali ha determinato un incremento delle malattie croniche, con una prevalenza stimata nella popolazione pediatrica (0-16 anni) di 1:200.

La complessità assistenziale di questi pazienti cronici risiede nella natura socio-sanitaria dei bisogni dei bambini. Essi richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, organizzate sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali congiunte specialistica-cure primarie. Sono fondamentali: centralità della famiglia (family centred care),

coinvolgimento attivo del paziente ed empowerment di familiari e Caregivers, componenti di un unico team clinico assistenziale, orientato a soddisfare le aspettative, le preferenze, i bisogni e i valori dei bambini.

Bambini e adolescenti (0-18 aa.) devono essere seguiti in ambiente pediatrico dedicato e specializzato (L.176/91 "Convenzione di New York sui diritti del fanciullo") con interventi strutturati in funzione dei diversi tipi di patologia e fasce di età. Inoltre devono essere curati in ospedale solo nel caso in cui l'assistenza di cui hanno bisogno non possa essere fornita a pari livello a domicilio o presso ambulatori o in Day Service.

Altro diritto che merita di essere sottolineato è quello di poter stare a casa propria, in quanto, per il bambino con patologia cronica, ciò significa essere circondato dai propri affetti; è stato osservato che il paziente che può essere curato a domicilio prova meno ansia e depressione che in una struttura di ospedalizzazione.

Le funzioni specialistiche, anche quando fisicamente allocate in ambito ospedaliero, devono indirizzarsi prevalentemente verso l'attività ambulatoriale, facendo ricorso al ricovero solo nei casi di acuzie e di particolare impegno assistenziale. Inoltre le funzioni specialistiche devono integrarsi nei programmi informativi ed educativi nei contesti di vita (es. scuola, attività sportive).

La complessità diagnostico-assistenziale della gran parte delle malattie croniche impone un approccio e una gestione multidisciplinare integrata del bambino e del suo nucleo familiare. Per quanto possibile l'équipe curante deve essere sempre la medesima, garantendo continuità delle cure da parte dei medesimi operatori.

Mentre il paziente acuto viene curato del tutto dal personale sanitario, il bambino affetto da patologia cronica di solito (quando non è ricoverato) si cura nel suo ambito relazionale, con il contributo dell'équipe ed è importante che il paziente venga seguito dallo stesso sanitario nel corso di visite successive.

Il coordinamento delle attività spetta al Pediatra, specialista che, per la consapevolezza delle caratteristiche di espressione della malattia cronica in quel bambino, è in grado di riconoscere gli indicatori della qualità di vita per il bambino e la famiglia, di guidare i programmi abilitativi/riabilitativi e, nei pazienti curabili, specifici programmi terapeutici.

Principali criticità

Il bambino non guarisce, nei casi migliori ha bisogno di trattamenti prolungati per tutta la vita; a volte c'è il rischio di morte precoce e la famiglia non accetta facilmente la realtà e può essere fuorviata da speranze di guarigione irrealistiche.

L'adattamento alla malattia è più difficile sia per il bambino che per la sua famiglia così come la condivisione della propria storia personale con altri.

Manca una cultura della cronicità in età evolutiva nella popolazione e le patologie nei bambini e adolescenti spesso non sono gestite in ambiente pediatrico dedicato; è ancora frequente un approccio prevalentemente di tipo biomedico e poco diffuso un approccio psicosociale.

Dipartimento Promozione della Salute, Benessere Sociale e Sport per Tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

La diagnosi è spesso tardiva, con rischi sia immediati che per il follow up; al miglioramento delle tecniche di cura non corrisponde un miglior controllo della malattia.

Inoltre esistono problemi clinici:

- problemi clinici che non hanno strategie di risoluzione già stabilite (c'è carenza di specifici trials pediatrici, spesso adattati da protocolli per adulti);
- problemi clinici che hanno molteplici strategie di gestione poco o affatto "evidence based" (è più frequente la necessità di utilizzo di farmaci off label);
- problemi clinici semplici in bambini complessi (talora è necessario attivare soluzioni/procedure complesse di per sé inattese).

2. IL RUOLO DELLE FAMIGLIE

Per la cura delle patologie croniche in età evolutiva il paziente e la famiglia sono i maggiori protagonisti ed i principali responsabili della qualità della vita e della prevenzione delle complicanze a distanza (unità paziente/famiglia). La presenza in casa di un paziente con patologia cronica incide su tutto il nucleo familiare, che diventa più vulnerabile.

E' compito dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali fornire un sostegno alla famiglia sia per preparare l'accoglienza del paziente in casa sia nel periodo successivo. Il sostegno necessario può essere educativo-relazionale, economico-sociale o di altra natura.

Le famiglie hanno bisogno e diritto di essere aiutate e sostenute per convivere positivamente con la cronicità; a questo scopo dovrebbero poter contare, oltre che sui servizi, sul sostegno di altre persone che, a titolo di volontariato e di solidarietà sociale, condividano i problemi del bambino malato e della sua famiglia. Le famiglie sostengono carichi assistenziali a volte molto pesanti, derivanti dal lavoro di cura, dalla continuità dell'impegno, dall'intensità emotiva.

Principali criticità

La condizione di cronicità può generare riflessi sull'intero nucleo familiare. Spesso le famiglie sono lasciate sole a sostenere responsabilità che, pur derivanti dai legami affettivi e parentali, non possono essere viste come una questione privata, da gestire nel solo ambito dei rapporti familiari. Da più parti emergono dati che dimostrano come le necessità assistenziali di questi bambini condizionino in modo importante le scelte di vita ed economiche, le relazioni sociali ed interpersonali dei suoi genitori e dei suoi fratelli: la cronicità determina fragilità emotiva, relazionale e sociale dello stesso nucleo familiare.

La terapia nella maggior parte dei casi non può essere eseguita in maniera autonoma dal bambino e quindi deve essere garantita da altri in tutti gli ambiti di vita.

I mutamenti della società influenzano negativamente la famiglia (famiglie monoparentali o problematiche; ritmi lavorativi accelerati); l'indifferenza e l'incapacità di ascolto sono causa di disagio che si aggrava in presenza di una malattia cronica.

3. GLI AMBITI RELAZIONALI SPECIFICI PER L'ETA' (SCUOLA, SPORT, SOCIALITA')

Il Programma di governo "Guadagnare salute", approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007, ha come finalità costruire sinergie tra i servizi sanitari e i servizi rivolti all'infanzia e promuovere collaborazioni con tutti i soggetti che ruotano intorno al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, tra cui la scuola.

E' necessario tenere conto che gli studenti con malattie croniche pongono alla scuola problematiche specifiche, su cui è forte l'attenzione delle famiglie e delle Associazioni di tutela. Tali situazioni richiamano l'assoluta necessità di tutelarne la salute e il benessere nell'ambiente scolastico in accordo e collaborazione con gli altri soggetti istituzionali responsabili.

Principali criticità

C'è spesso carenza di comunicazione e coordinamento tra il SSN e le istituzioni scolastiche.

Le difficoltà in ambito scolastico possono determinare sentimenti di diversità e condizioni di esclusione dei bambini con malattie croniche, una limitazione del benessere psico-fisico e il rischio di sviluppare problemi psicosociali e comportamentali quali difficoltà relazionali, ansia, depressione e disturbi del comportamento alimentare.

Le resistenze basate su pregiudizi e ostacoli legati talora a normative obsolete, interferiscono gravemente sul coinvolgimento dei pazienti nelle attività fisico-sportive scolastiche ed extra scolastiche (le procedure per ottenere la certificazione annuale di idoneità allo sport agonistico rappresentano un forte disincentivo).

4. IL PASSAGGIO DALLA GESTIONE PEDIATRICA A QUELLA DELL'ADULTO

I teen-ager hanno caratteristiche emozionali molto diverse da quelle dei bambini e degli adulti; in questa delicata fase l'adolescente deve rispondere a molte richieste interne (costruzione di una propria identità, volontà di differenziazione da quello che il ragazzo è stato in passato e dai modelli adulto-genitoriali) ed esterne (nuove amicizie e relazioni, la scuola, i coetanei e la forza di omogeneizzazione al gruppo di riferimento).

La motivazione alla cura e a uno stile di vita corretto diminuisce o si altera mentre, contemporaneamente, l'adolescente per la prima volta diventa l'interlocutore privilegiato al momento delle visite (per sua esplicita richiesta o per un "fisiologico" e allontanamento dalla famiglia).

In questa fase sono richiesti un lavoro particolare e una formazione di base sulla motivazione alla compliance e alla collaborazione, che tenga conto delle ambivalenze tipiche dell'età, di una quota di "aggressività" nei confronti dei curanti (come nei confronti di altre figure adulte, in particolare i genitori) e della malattia.

L'adolescente deve arrivare alla convinzione che il passaggio è davvero necessario, che lo porterà a essere seguito in maniera più adeguata alle sue mutate esigenze, alle quali la pediatria non può più rispondere nel migliore dei modi.

Il passaggio deve essere posto come naturale evoluzione della cura e del rapporto e sarà frutto di una scelta razionale e consapevole, quindi adulta. A questa convinzione il giovane con patologia cronica deve giungere gradualmente e deve essere già stato precedentemente informato insieme alla famiglia.

Principali criticità

Non esiste attualmente una rete assistenziale organizzata né in ambito territoriale né ospedaliero propria per i pazienti in età evolutiva con malattia rara/cronica e ad alta complessità nel delicato e complesso passaggio all'età adulta, in particolare nei casi in cui l'età anagrafica non corrisponda con il reale sviluppo fisico e cognitivo. Questa osservazione, insieme all'aumentata sopravvivenza di queste persone, è fonte di una carenza assistenziale critica e tale da rendere necessario ed urgente un intervento di sanità pubblica per la costruzione di percorsi assistenziali per il giovane adulto.

Per questi soggetti, infatti, il ruolo di supporto dei genitori e della famiglia si mantiene centrale e insostituibile anche a fronte del crescere dell'età del paziente. Tuttavia il trovarsi in una "terra di mezzo" tra il mondo dei bambini e quello degli adulti ne fa emergere dei bisogni specifici relativi soprattutto al coinvolgimento attivo nella gestione della propria condizione.

La fase di transizione tra l'infanzia e l'età adulta (che include le variazioni biologiche della pubertà) pone particolari problemi alla persona con cronicità e al team che lo assiste.

Alla fine del percorso di maturazione si rende necessario il passaggio di competenze da servizi con particolari competenze auxologiche, nutrizionali, relazionali (ma anche familiari, scolastiche, di gruppo, etc.) a servizi più vicini a problematiche "adulte" quali l'inserimento nel mondo del lavoro, la maternità/paternità, le complicanze tardive, eccetera.
La visione di piano terapeutico o lo stile di intervento proposti dal nuovo medico, con il quale ancora non si è sviluppato un legame di familiarità e riservatezza, potrebbero differire da quelli praticati per anni e rappresentare per il giovane adulto, che si presenterà alla visita senza l'abituale vigile presenza dei genitori, motivo di allontanamento dalla cura e dai controlli. I giovani con cronicità che non si sottopongono a controlli clinici e che si perdono al follow-up hanno un elevato rischio di complicanze a lungo termine.

La transizione dei pazienti dall'età pediatrica a quella dell'adulto, dovrebbe riconoscere un graduale passaggio dalla Rete pediatrica a quella della medicina dell'adulto. La struttura specialistica pediatrica e il Pediatra di Libera Scelta dovrebbero quindi integrarsi con le strutture proprie dell'età adulta e facilitare la presa in carico del giovane adulto affetto da patologia cronica complessa, soprattutto se associata a disabilità. Alla struttura specialistica e al Pediatra, responsabili del paziente nella fase di transizione e

affidato il ruolo di consulenti istituzionali, per garantire una corretta impostazione e prosecuzione dei protocolli di follow-up diagnostico terapeutico in atto.

OBIETTIVI

- Migliorare le conoscenze sulle malattie croniche in età evolutiva.
- Realizzare attività di formazione e comunicazione, con il coinvolgimento delle Associazioni di tutela dei malati, per migliorare la capacità di gestione della malattia da parte dei contesti familiare, relazionale e sociale, adeguatamente supportati.
- Favorire "l'azione di rete" sul territorio, con particolare riguardo alla informazione/formazione del personale non sanitario che opera nei contesti relazionali dei bambini e sostenere i familiari nella gestione del bambino e dell'adolescente con cronicità nel percorso di inclusione a scuola.
- Aumentare la consapevolezza delle risorse dei bambini con malattia cronica nel mondo della scuola, nelle attività ludiche e fisico-sportive per evitare discriminazioni e preclusioni personali garantendo al bambino e all'adolescente una vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale simile ai propri coetanei, compatibilmente con la patologia da cui è affetto.
- Istruire gli operatori socio-sanitari, gli insegnanti e gli istruttori sportivi e sensibilizzare i colleghi di lavoro su come prevenire, riconoscere e trattare le eventuali situazioni di urgenza.
- Promuovere l'adozione di modelli di transizione dall'età adolescenziale all'età adulta, promuovendo l'indipendenza in rapporto al grado di maturità del soggetto.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Incentivare iniziative e progetti di assistenza domiciliare e negli ambienti di vita dei bambini con cronicità, formando il personale a un approccio anche psicosociale.
2. Attivare iniziative per diffondere una cultura della cronicità in età pediatrica nel personale scolastico e informare sui sintomi iniziali per una diagnosi precoce e sulla natura della malattia per il migliore inserimento possibile dei pazienti nella quotidianità.
3. Favorire la partecipazione alle attività fisiche e sportive, anche a livello agonistico.
4. Garantire sicurezza e gestione della somministrazione dei farmaci in ambienti scolastici, educativi, formativi, sia nella continuità assistenziale che nelle emergenze, applicando le indicazioni ministeriali.
5. Promuovere iniziative per favorire una comunicazione efficace tra i medici pediatri e i medici dell'adulto.
6. Organizzare una transizione strutturata, disegnando un percorso personalizzato e adatto alla realtà locale, nel rispetto di linee guida e PDTA.

RISULTATI ATTESI

- Sviluppo di modelli che garantiscano una risposta integrata ai bisogni di salute, in particolare nella domiciliarità, tenendo conto delle peculiarità dell'età evolutiva.
- Incremento di modelli di integrazione scolastica, di scuola a domicilio e in ospedale e aumento del numero degli istituti scolastici che implementino tali modelli.

- Attivazione di percorsi di facilitazione all'accesso alle attività ludiche e sportive ed alla partecipazione a tutte le attività extra scolastiche dei bambini con malattie croniche.
- Diffusione di protocolli di transizione dall'età adolescenziale all'età adulta, condivisi e operativi tra servizi pediatrici e servizi per gli adulti.

F) Il monitoraggio del piano

1. Il disegno di monitoraggio

Dal punto di vista operativo un disegno di monitoraggio potrà indirizzarsi lungo tre direttrici.

La prima riguarda il *monitoraggio a livello centrale* e concerne il recepimento del Piano da parte delle Regioni, attraverso l'analisi, finalizzata al benchmarking inter-regionale, degli atti formali di recepimento, nonché degli strumenti conseguenti, di cui ognuna si doterà (Linee di indirizzo, Piani programmatici) per contestualizzare, sulla base delle proprie scelte strategiche, l'articolazione organizzativa prevista dal Piano ed i processi attuativi in esso indicati, con una logica di "unitarietà nella differenza".

La seconda investe il *monitoraggio dei nuovi assetti organizzativi e operativi* che scaturiranno dalle scelte di attuazione del Piano nelle singole Regioni. In particolare: la riorganizzazione e il riorientamento dei servizi verso un "nuovo sistema di Cure Primarie", per una gestione della cronicità più orientata all'efficacia, all'efficienza e all'appropriatezza, una attenzione ai bisogni "globali" (e non solo clinici) della persona, alle potenzialità nell'autogestione della patologia e dei percorsi assistenziali, alla valorizzazione dei contributi scaturenti dalla rete dei Caregiver e dalle risorse comunitarie, in primis quelle del volontariato qualificato.

La terza valuta *l'andamento dei principali indicatori di salute* relativi alle singole patologie croniche per comprendere, nel breve e nel medio/lungo periodo, quanto le strategie effettivamente attuate, siano state in grado di generare risultati in termini di performance, di outcome, di modalità e di costi di gestione.
Queste tre direttrici sulle quali è possibile strutturare l'articolazione del monitoraggio del Piano, forniranno non soltanto risultati valutativi sull'impatto, diretto e indiretto, ma anche i necessari elementi critici di riflessione per la revisione dello stesso, dei suoi indirizzi e delle sue raccomandazioni, in modo che i successivi aggiornamenti siano aderenti ai fabbisogni emergenti nei contesti reali e rispondano alle problematiche attuative.

2. Indicatori di piano

Il monitoraggio avverrà attraverso l'utilizzo di indicatori che verificheranno:

- la delibera regionale di recepimento del Piano e l'emanazione di norme per la sua attuazione;
- gli atti di costituzione di apposite commissioni o gruppi a livello regionale per la sua diffusione.

Monitoraggio dei nuovi assetti organizzativi e operativi

Tale monitoraggio avverrà attraverso l'utilizzo di indicatori che misureranno:

- l'attivazione della rete assistenziale (delibere, norme sulla integrazione e il lavoro in rete);
- l'adozione nelle singole Aziende degli atti necessari per raggiungere gli obiettivi del Piano;
- la progettazione e realizzazione di interventi integrati per la promozione di corretti stili di vita e la prevenzione secondaria delle principali malattie croniche;
- la progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari per la presa in carico della cronicità;
- la formazione di gruppi multi-professionali per il coordinamento e la definizione dei PDTA specifici.

Valutazione degli effetti dell'attuazione del Piano basata sugli outcome

Si rinvia agli indicatori specifici individuati per le singole patologie (vedi parte seconda)

3. Le indicazioni operative

Per quanto attiene alle *modalità di attuazione del monitoraggio* così delineato e al sostegno all'attuazione del Piano, appare opportuno lavorare lungo due direttrici.

Da un lato, ogni Regione individuerà un proprio sistema di monitoraggio che, oltre a fornire elementi utili a calibrare le scelte strategiche locali, alimenterà il sistema di monitoraggio nazionale, finalizzato all'aggiornamento del Piano e alla gestione del processo di benchmarking, che costituisce l'ossatura fondante di un sistema in cui le differenze possano effettivamente rappresentare un valore reale e uno stimolo continuo verso l'innovazione.

D'altra parte, appare necessario dotarsi di un impianto unitario di monitoraggio nazionale, improntato al pieno rispetto delle scelte attuative delle varie Regioni, seppure in una logica di promozione e sviluppo di tendenze unitarie sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo.
Tale impianto deve essere in grado di cogliere, con un'attenzione agli aspetti sostanziali e non solo formali, gli sviluppi, le difficoltà attuative e i fattori di successo che scaturiranno dalle diverse esperienze regionali.

In tale prospettiva appare opportuno definire una *Cabina di Regia Nazionale* che veda coinvolti, accanto al Ministero e alle Regioni, anche altri attori istituzionali (AGENAS, ISS, ISTAT ecc) e non (Società scientifiche, Associazioni di tutela dei malati, ecc. identificati tramite criteri oggettivi e qualitativi predefiniti).

La Cabina di regia avrà il compito di coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano e monitorarne l'applicazione e l'efficacia. Avrà inoltre l'obiettivo di:

- *guidare e gestire* gli interventi previsti dal Piano definendo una tempistica per la realizzazione degli obiettivi prioritari;

- *coordinare a livello centrale* le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi;
- *monitorare* la realizzazione dei risultati;
- *promuovere* l'analisi, la valutazione e il confronto sulle esperienze regionali e locali di attivazione di nuovi modelli di gestione della cronicità;
  diffondere i risultati delle buone pratiche e promuovere la loro adozione sul territorio nazionale;
- *raccogliere* dati e informazioni sui costi connessi alla gestione della cronicità;
- *valutare* sistemi innovativi di remunerazione dell'assistenza ai malati cronici e formulare proposte in merito;
- *produrre* una Relazione periodica sugli obiettivi realizzati e sullo stato di avanzamento dei lavori,
- *proporre*, quando necessario, l'aggiornamento del Piano;
- *proporre* la produzione e l'inserimento nella seconda parte del Piano di capitoli dedicati ad altre patologie croniche.

PARTE SECONDA

Le cronicità oggetto delle seconda parte del Piano sono state individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure.

Per la maggior parte di esse inoltre non sono stati approvati atti programmatori di livello nazionale (vedi tabella successiva).

Cronicità oggetto della seconda parte del Piano

malattie renali croniche e insufficienza renale
malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)
malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi
malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica
insufficienza respiratoria in età evolutiva
asma in età evolutiva
malattie endocrine in età evolutiva
malattie renali croniche in età evolutiva

Per ciascuna, dopo un sintetico inquadramento generale (definizioni, dati epidemiologici, caratteristiche generali dell'assistenza), vengono elencate le principali criticità, gli obiettivi generali e specifici, le linee di intervento proposte, i risultati attesi e i principali indicatori di monitoraggio. Inoltre per alcune vengono proposti alcuni ulteriori indicatori più specificamente clinici.

Per quanto riguarda la tutela assistenziale dei pazienti affetti da queste patologie resta fermo quanto già affermato, in termini generali, nella prima parte del Piano e cioè:

- *la piena valorizzazione della rete assistenziale*, attraverso la riorganizzazione delle strutture e dei servizi disponibili e la riqualificazione della rete dei professionisti. La rete deve essere rifunzionalizzata soprattutto in una visione di continuità assistenziale, modulata per ciascun paziente sulla base dello stadio evolutivo, del grado di complessità della patologia e dei relativi bisogni socio-assistenziali;
- *la flessibilità dei modelli organizzativi e operativi*, che preveda una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e multiprofessionali, modelli di integrazione socio-sanitaria;
- *l'approccio integrato sin dalle fasi iniziali della presa in carico*, con l'ingresso precoce nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e nel percorso di welfare integrato al quale partecipano tutti gli attori coinvolti, con l'attivazione di setting diversi in funzione del diverso grado di complessità assistenziale e delle necessità del paziente;

- *la stadiazione in base al grado di sviluppo della patologia e dei relativi bisogni socio-assistenziali,* utilizzando PDTA e piani di cura personalizzati monitorabili attraverso indicatori di processo e di esito, multidimensionali e centrati sul paziente, gestiti con approccio proattivo;
- *l'empowerment, l'ability to cope, ed il self-care*, leve fondamentali per l'efficacia e l'efficienza del sistema con il contributo delle Associazioni di tutela delle persone con malattie croniche e del volontariato attivo, attraverso programmi di educazione documentabili e monitorabili, nel presupposto che pazienti consapevoli ed esperti siano in grado di gestire la propria vita al massimo delle loro potenzialità;
- *il potenziamento delle cure domiciliari;*
- *la formazione interdisciplinare* per favorire il lavoro di squadra;
- *la creazione di strumenti di stratificazione* di possibile applicazione non solo nelle coorti di pazienti con singole patologie ma anche applicabili in caso di multimorbidità e soprattutto di disabilità/non autosufficienza;
- *il mantenimento del migliore stato funzionale del paziente (con particolare riferimento alla riabilitazione)* per favorire l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale;
- *il potenziamento delle strutture territoriali* (Distretto, Casa della salute, UCCP), che rappresentano per i pazienti punti di riferimento prossimi al luogo di residenza e snodo di raccordo tra MMG e le strutture ospedaliere; in questa sede deve essere garantita la continuità assistenziale tra gli operatori della Rete, utilizzando strumenti gestionali condivisi.

Inoltre, per ciascuna delle cronicità vengono proposte alcune macroattività, riferibili a quanto già discusso nella prima parte, quando sono state disegnate le fasi del percorso del paziente (vedi "il macroprocesso di gestione della persona con malattia cronica").

MALATTIE RENALI CRONICHE E INSUFFICIENZA RENALE

MACRO ATTIVITA'
- Prevenzione e ritardo nell'evoluzione delle patologie croniche renali esitante in insufficienza renale cronica
- Diagnosi precoce delle malattie renali croniche attraverso la prevenzione dei fattori di rischio e delle malattie prevenibili
- Personalizzazione della terapia non dialitica e sostitutiva
- Mantenimento del buon stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale

MINISTERO DELLA SALUTE

AGENAS

ASSOCIAZIONI

OBIETTIVI GENERALI
- Identificare le persone a rischio di sviluppare malattie renali croniche
- Ritardare l'insorgenza della insufficienza renale
- Personalizzare le terapie sostitutive e in fase predialitica nonché quelle in fase dialitica
- Favorire la domiciliarità del paziente
- Incrementare il numero di trapianti

OBIETTIVI SPECIFICI
- Definire il target di popolazione e la relativa stadiazione
- Individuare precocemente la MRC (stadio 1-2)
- Promuovere trattamenti appropriati e individualizzati del paziente inserito in un PDTA (stadio 3-5)
- Personalizzare la terapia dialitica mantenendo il paziente a domicilio (abitazione; RSA; Case di riposo; etc.).
- Promuovere un trattamento dietetico nutrizionale
- Incentivare il numero di trapianti da vivente

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Favorire la formazione dei MMG e PLS per la individuazione precoce delle malattie renali croniche e dei soggetti a rischio e promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie
2. Sperimentare modelli di dialisi domiciliare sia peritoneale che di emodialisi utilizzando strumenti di teledialisi assistita.
3. Sviluppare studi che mirino a definire i criteri di personalizzazione delle terapie.
4. Promuovere la istituzione di unità operative specialistiche per le MRC, inserite nella rete nefrologica, con presenza di specialisti e personale infermieristico dedicato e consulenza di dietologi, psicologi, diabetologi, cardiologi.
5. Favorire l'applicazione di strumenti mirati alla individuazione dei fattori di progressione della malattia renale e delle sue traiettorie.
6. Implementare la personalizzazione della terapia conservativa.
7. Promuovere il rispetto dei criteri per la terapia conservativa favorendo l'utilizzo appropriato dei prodotti aproteici.
8. Sensibilizzare la popolazione generale, le istituzioni e i rianimatori per favorire le donazioni.
9. Incentivare il trapianto da vivente.
10. Utilizzare organi da donatori a cuore non battente.
11. Implementare modelli di valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale per la prevenzione e il contrasto della disabilità
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare la dialisi, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale.

RISULTATI ATTESI
- Riduzione della popolazione affetta da insufficienza renale cronica.
- Aumento, tra i soggetti in terapia dialitica, della domiciliarità delle prestazioni (dialisi peritoneale, emodialisi).
- Definizione dei criteri di personalizzazione delle terapie conservative e sostitutive.
- Mantenimento della domiciliarità dei pazienti affetti da MRC e riduzione delle istituzionalizzazioni.
- Incremento delle donazioni di organi e del numero dei trapianti di rene.

INDICATORI
- % di persone con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da MRC
- % di soggetti affetti da insufficienza renale cronica che non si giovano della terapia dialitica indirizzati alla terapia conservativa (farmacologica e dietetica)
- Numero di soggetti con insufficienza renale cronica in teledialisi assistita

INQUADRAMENTO GENERALE

La Malattia Renale Cronica (MRC) rappresenta una importante causa di morbi-mortalità nella popolazione generale e costituisce un problema di salute pubblica. L'interesse verso la MRC deriva, oltre che dalla sua diffusione, dalla constatazione che è possibile un suo contenimento nella incidenza e progressione con adeguate misure di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Comunemente per definire la gravità della MRC, intesa come la "*presenza di alterazioni morfologiche/strutturali e di alterata funzione renale persistono per più di 3 mesi*", viene impiegata la misura del filtrato glomerulare (VFG) che permette di stadiare la malattia in 5 stadi di gravità crescente. Questa classificazione, utile per definire il grado di

compromissione renale, è stata recentemente revisionata, combinando la stima del VFG con l'entità dell'albuminuria. La valutazione congiunta di questi due parametri migliora la stima del rischio di progressione del danno renale, delle sue complicanze e dell'outcome del paziente.

Gli studi internazionali mostrano una prevalenza della MRC nella popolazione generale (adulti) che si attesta intorno al 10%, con un trend che appare in aumento. Il recente studio CARHES (*Cardiovascular Risk in Renal patients of the Health Examination Survey*), ha messo in evidenza che la prevalenza della MRC, dopo aggiustamento per età e sesso, risulta in media in Italia del 6.3%.

L'assistenza al paziente con MRC si sviluppa in un arco temporale relativamente lungo, comprendendo una fase conservativa, nella quale si interviene con trattamenti farmacologici e dietetici e una fase sostitutiva della funzione renale con la dialisi e il trapianto.

Le complicanze proprie del paziente con MRC, tra cui il deterioramento osteoarticolare (artriti microcristalline, osteodistrofia, depositi amiloidi, ecc.) e muscolare (ipotrofia e ipotonia), determinano alterazioni funzionali articolari e posturali con progressiva perdita dell'autonomia e riduzione della partecipazione alla vita sociale; per questo, è necessario perseguire il mantenimento di un buono stato di funzionamento della persona con una precoce presa in carico per la prevenzione/contrasto della disabilità, la valutazione (ICF) e la redazione e l'attuazione di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

La personalizzazione della terapia dialitica deve tenere conto delle caratteristiche del paziente, come appresso riportato.

- Paziente autosufficiente: alta possibilità di effettuare la dialisi domiciliare.
- Pazienti anziani autosufficienti, soli, che necessitano di mantenere e sviluppare i rapporti sociali per evitare l'isolamento: possibilità di dialisi presso i centri per anziani con personale ausiliario addestrato dal centro nefrologico di riferimento.
- Paziente parzialmente autosufficiente/non autosufficiente con familiari o Caregiver: elevata possibilità di effettuare la dialisi domiciliare, sia peritoneale che emodialisi. Nella realizzazione di una dialisi domiciliare potrebbero essere utili strumenti di teledialisi assistita che favoriscono corrette pratiche dialitiche e minimizzano i rischi di manovre non corrette.
- Paziente parzialmente autosufficiente senza Caregiver: valutazione del grado di fragilità ed eventuale valutazione di dialisi peritoneale assistita a domicilio.
- Paziente già ricoverato presso "struttura residenziale dedicata": possibilità di effettuare la dialisi domiciliare con personale della struttura o del Centro di riabilitazione, formato dal centro nefrologico di riferimento.
- Paziente non autosufficiente o clinicamente impegnativo: emodialisi ospedaliera con metodica dialitica individualizzata scelta tra le tecniche diffusive e convettive.

È ben noto che quando il filtrato glomerulare si riduce al di sotto di 30 mL/min (insufficienza renale cronica (IRC) stadio 4 e 5), una restrizione proteica può prevenire e/o correggere l'acidosi metabolica, le alterazioni del metabolismo calcio-fosforo, ridurre la resistenza all'insulina e la ritenzione di tossine azotate responsabili anche dell'inappetenza e dell'anoressia uremica.

Tutte queste alterazioni possono essere corrette con un Trattamento Dietetico Nutrizionale (TDN).

Un'altra caratteristica nutrizionale dell'insufficienza renale cronica (IRC) è che molto spesso l'introito di calorie è ridotto con conseguente comparsa di malnutrizione anche in presenza di elevato introito di proteine (maggiore di 0.6 g/kg/die); pertanto, è fondamentale che l'apporto calorico sia mantenuto adeguato. L'uso dei prodotti ipoproteici riduce l'introduzione di proteine a basso valore biologico attraverso l'uso quasi esclusivo di quelle ad alto valore biologico, e consente la riduzione di nutrienti che possono contribuire a provocare le alterazioni metaboliche tipiche dei gradi intermedi di insufficienza renale (iperfosforemia, iperPTH, acidosi e ipertensione) per il basso contenuto di sodio.

In conclusione, si può affermare che:

- il TDN è una parte integrante del trattamento conservativo dell'IRC;
- il TDN dovrebbe essere individualizzato nel massimo grado possibile;
- sin dalla prima visita i pazienti dovrebbero essere indirizzati a una dieta sana ed equilibrata ispirata secondo i principi generali (poco sale, grassi saturi ridotti, fibre elevate ed energia controllata per il raggiungimento/mantenimento di un peso ideale);
- le restrizioni dietetiche vanno applicate in maniera graduale e progressiva tenendo conto della fase della malattia;
- l'attività fisica è un complemento fondamentale del TDN.

Il percorso ideale per una corretta gestione assistenziale del paziente nefropatico, nelle sue diverse fasi, presuppone la realizzazione di alcuni obiettivi:

1. *Identificazione precoce delle persone a rischio di malattia e prevenzione dei fattori di rischio* che portano allo sviluppo di MRC con esami di laboratorio semplici e di basso costo (obiettivi: riconoscimento precoce della MRC e invio tempestivo al nefrologo).
2. *Formulazione di protocolli condivisi per l'invio alle strutture nefrologiche dei pazienti con MRC negli stadi iniziali* che necessitano di ulteriore inquadramento diagnostico (es. biopsia renale) e che si possono giovare di terapie mirate a modificare in positivo il decorso della nefropatia (obiettivi: precisazione diagnostica, terapie nefrologiche specifiche).
3. *Formulazione di protocolli condivisi per l'invio alle strutture nefrologiche dei pazienti con MRC in stadi più avanzati* o con rapido declino del VFG (obiettivi: appropriatezza dell'invio; gestione e cura delle forme acute su croniche preesistenti).
7. *Scelta dei setting assistenziali*: ambulatori espressamente dedicati alla presa in carico dei pazienti con MRC che garantiscano la valutazione funzionale (ICF,) la stesura e l'attuazione di Progetti Riabilitativi Individuali (PRI), per la massima partecipazione sociale (obiettivi: rallentare l'evolutività, gestire le complicanze più severe, pianificare e condividere con il paziente e i familiari la scelta del trattamento dialitico, favorire l'inserimento precoce in lista trapianto dei pazienti elegibili; ridurre il numero dei pazienti cronici che iniziano la dialisi in regime di urgenza).
8. *Ingresso in dialisi:* per evitare ritardi all'accesso alla terapia dialitica si rende necessario facilitare le procedure amministrative e le soluzioni organizzative.
9. *Buona organizzazione dei centri di dialisi*: in termini di assistenza la fase della dialisi è quella più problematica. Le ragioni sono essenzialmente: a) il paziente in dialisi in Italia, ha un'età media di 72 anni ed un numero medio di comorbidità pari o superiore a 3; b) il tessuto familiare è sempre più diradato e spesso il paziente non ha un Caregiver di riferimento. Nell'ottica di rendere il percorso e la scelta della terapia dialitica più corretta e condivisa, è necessaria un'offerta assistenziale la più ampia possibile che preveda fra l'altro la possibilità di de-ospedalizzare il paziente.(obiettivi: diversificare e personalizzare l'offerta dialitica; favorire la de-ospedalizzazione).
10. *Fornire l'opzione di una terapia conservativa ad oltranza corredata di cure palliative, in alternativa alla dialisi*, per i pazienti che rifiutano il trattamento dialitico o per quelli già in età molto avanzata con gravi co-morbilità che non si gioverebbero di una terapia dialitica (obiettivi: piani di collaborazione tra nefrologi, palliativisti, assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice).

Vengono di seguito elencate le principali criticità, gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici, le linee di intervento proposte, i risultati attesi ed alcuni indicatori di monitoraggio

Principali Criticità

NELLA FASE NON-DIALITICA:

- insufficiente riconoscimento precoce della MRC, sia per mancata identificazione dei soggetti a rischio, sia per difformità tra i laboratori analisi nella standardizzazione della creatinina e nel rilievo del rapporto albuminuria/creatininuria su campione spot delle urine;
- carenza di centri nefrologici espressamente dedicati alla presa in carico dei pazienti con MRC e dotati di personale con specifica esperienza e che possa essere in grado di assicurare una continuità diagnostico-terapeutica;
- carenza, in molte realtà territoriali, di un nutrizionista/dietista esperto nella gestione dei pazienti nefropatici e di una presenza infermieristica e psicologica di supporto, professionalizzata in campo nefrologico.
- scarsa aderenza ai criteri di prescrizione della terapia conservativa in alternativa alla dialisi
- insufficiente attenzione sulle complicanze funzionali e perdita di autonomia nella MRC

NELLA FASE DI TERAPIA SOSTITUTIVA:

- eccessivo ricorso alla dialisi in urgenza;
- carente offerta di terapie dialitiche differenti dalla emodialisi ospedaliera, quali la dialisi peritoneale e la emodialisi domiciliare e di tecniche di tipo convettivo che possono essere più performanti in determinate categorie di pazienti;
- scarso utilizzo delle tecnologie informatiche per una sorveglianza a distanza del paziente in trattamento domiciliare o in centri ad assistenza limitata;
- scarse informazioni sul trapianto da vivente;
- lunghi tempi di immissione in lista trapianto (mancanza un canale prioritario per l'esecuzione di esami necessari all'inserimento in lista)
- carente coordinamento tra le strutture di cura e quelle deputate alla dialisi.
- scarso/nullo coordinamento tra le strutture di dialisi e quelle riabilitative per il mantenimento dell'autonomia funzionale della persona.

Obiettivi generali

- Identificare le persone a rischio di sviluppare malattie renali croniche.
- Ritardare l'insorgenza dell'insufficienza renale.
- Personalizzare le terapie sostitutive e in fase pre-dialitica nonché quelle in fase dialitica.
- Favorire la domiciliarità del paziente.
- Incrementare il numero di trapianti.

Obiettivi specifici

- Definire il target di popolazione e la relativa stadiazione.
- Individuare precocemente la MRC (stadio 1-2).
- Promuovere trattamenti appropriati ed individualizzati del paziente, inserito in un PDTA (stadio 3-5).
- Personalizzare la terapia dialitica mantenendo il paziente al proprio domicilio (abitazione, RSA, case di riposo, ecc)
- Promuovere un trattamento dietetico nutrizionale.
- Incentivare il numero di trapianti da vivente.

Linee di intervento proposte

1. Favorire la formazione dei MMG e PLS per la individuazione precoce delle malattie renali croniche e dei soggetti a rischio e promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie
2. Sperimentare modelli di dialisi domiciliare sia peritoneale che di emodialisi utilizzando strumenti di teledialisi assistita.
3. Sviluppare studi che mirino a definire i criteri di personalizzazione delle terapie.
4. Promuovere la istituzione di unità operative specialistiche per le MRC, inserite nella rete nefrologica, con presenza di specialisti e personale infermieristico dedicato e consulenza di dietologi, psicologi, diabetologi, cardiologi.
5. Favorire l'applicazione di strumenti mirati alla individuazione dei fattori di progressione della malattia renale e delle sue traiettorie.
6. Implementare la personalizzazione della terapia conservativa.
7. Promuovere il rispetto dei criteri per la terapia conservativa favorendo l'utilizzo appropriato dei prodotti aproteici.
8. Sensibilizzare la popolazione generale, le istituzioni e i rianimatori per favorire le donazioni.
9. Incentivare il trapianto da vivente.
10. Utilizzare organi da donatori a cuore non battente.
11. Implementare modelli di valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale per la prevenzione e il contrasto della disabilità
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare la dialisi, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale.

Risultati attesi

- Riduzione della popolazione affetta da insufficienza renale cronica.
- Aumento, tra i soggetti in terapia dialitica, della domiciliarità delle prestazioni (dialisi peritoneale, emodialisi).
- Definizione dei criteri di personalizzazione delle terapie conservative e sostitutive.
- Mantenimento della domiciliarità dei pazienti affetti da MRC e riduzione delle istituzionalizzazioni.
- Incremento delle donazioni di organi e del numero dei trapianti di rene.

Indicatori proposti (monitoraggio)

- % di pazienti con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da malattia renale cronica.
- % di pazienti affetti da insufficienza renale cronica che non si giovano della terapia dialitica indirizzati alla terapia conservativa (farmacologica e dietetica.)
- Numero di soggetti con insufficienza renale cronica in teledialisi assistita.

Si riportano di seguito alcuni ulteriori indicatori utili per il monitoraggio generale e delle strutture

Tabella a) INDICATORI DI PERTINENZA DELLA MEDICINA GENERALE

Indicatori descrittivi:	- *Popolazione assistiti (M/F)* - *Prevalenza diagnosi MRC (M/F)* - *Prevalenza di diabetici* - *Prevalenza di soggetti con un familiare in dialisi o trapiantato di rene*

Indicatori di processo:	- *Tra i soggetti a rischio per MRC:* - *Pazienti con almeno una clearance creatinina ultimo anno* - *Pazienti con dosaggio proteinuria ultimo anno* - *N° pz inviati a visite nefrologiche*
Indicatori di risultato:	- *Pazienti a target per PA* - *Pazienti a target per LDL* - *Diabetici a target per HbA1c* - *Pazienti con proteinuria in terapia con ACE-i*

Tabella b) INDICATORI DI PERTINENZA DELLE STRUTTURE NEFROLOGICHE

STADIO CKD3b, CKD4 e CKD5	*Pazienti a target per:* *P.A. < 140/90* *Diabetici a target per: P.A. < 130/80; HbA1C<7%* *Hb: 11-12 g/dl; Assetto marziale (sideremia, transferrina, ferritina, saturazione ferro)* *Ca, Fosfato e PTH* *bicarbonatemia (venosa) 22-27 mmol/l* *colesterolo LDL < 100 mg/dl*
STADIO CKD5d	- *pazienti che iniziano la dialisi in modo non pianificato vs. inizio programmato (valore soglia< 30%)* - *pazienti che iniziano la dialisi con accesso dialitico non estemporaneo (valore soglia >80%)* - *pazienti che entrano in lista trapianto prima della fine del 3° mese di dialisi (valore soglia > 60% e poi incrementale negli anni)* - *pazienti iscritti in lista trapianto (valore soglia > 20% e poi incrementale negli anni)*

ARTRITE REUMATOIDE E ARTRITI CRONICHE IN ETÀ EVOLUTIVA

MACRO ATTIVITA'
- Diagnosi precoce
- Terapia farmacologica nel rispetto delle linee guida
- Mantenimento del buon stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale

MINISTERO DELLA SALUTE

AGENAS

AZIENDA SANITARIA

ASSOCIAZIONI

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Migliorare la formazione dei MMG e PLS volti a favorire la identificazione della malattia precocemente
2. Diffondere fra i professionisti l'aderenza ai PDTA per migliorare l'aderenza terapeutica delle persone con artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva sia farmacologica che non farmacologica
3. Favorire l'implementazione e/o la creazione di registri di patologia
4. Promuovere l'applicazione di un PDTA nazionale che favorisca la standardizzazione dell'offerta di salute, riduca le differenze territoriali e consenta la diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi
5. Promuovere un miglior collegamento tra ospedale e territorio, tramite la costituzione di reti assistenziali integrate che favoriscano un approccio personalizzato e interdisciplinare, tenendo anche conto di un percorso agevolato per le «early athritis».
6. Favorire la semplificazione della prescrizione e della dispensazione dei farmaci biotecnologici e dei farmaci «off-lable» per l'artrite idiopatica giovanile
7. Promuovere la dispensazione dei farmaci prescritti dalle strutture reumatologiche autorizzate e inclusi in file F presso le farmacie territoriali o ospedaliere nell'area di residenza dell'assistito
8. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio psicosociale

OBIETTIVI GENERALI
- Identificare precocemente i soggetti affetti da artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
- Migliorare l'aderenza al trattamento (farmacologico e non farmacologico)
- Implementare la gestione integrata fra territorio e ospedale e fra specialisti e MMG e PLS

OBIETTIVI SPECIFICI
- Promuovere programmi formativi sui criteri diagnostici per i sanitari delle cure primarie, per favorire la diagnosi precoce
- Adottare percorsi clinici validati per migliorare il follow up delle persone con artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
- Promuovere l'empowerment dei pazienti e dei professionisti per migliorare l'aderenza al trattamento
- Agevolare l'accesso ai servizi migliorando l'informazione
- Adottare protocolli per favorire la gestione integrata
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

RISULTATI ATTESI
- Aumento del numero di soggetti diagnosticati precocemente (entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi)
- Aumento del numero di professionisti coinvolti in un PDTA

INDICATORI
- % di popolazione diagnosticata precocemente (secondo quanto previsto dalle linee guida)
- % di professionisti coinvolti in un PDTA

INQUADRAMENTO GENERALE

L'artrite reumatoide (AR) è un'artropatia infiammatoria cronica, progressiva, sistemica, invalidante, a eziologia sconosciuta e a patogenesi immunomediata. Quando non è trattata precocemente e appropriatamente, sia con terapia farmacologica sia con terapia riabilitativa complementare, mirata e individualizzata, determina un danno irreversibile delle articolazioni colpite ed è causa di importante disabilità e di riduzione dell'aspettativa di vita. L'AR colpisce più frequentemente il sesso femminile e può insorgere in ogni età; l'esordio è tuttavia più frequente tra 30 e i 55 anni, quando il soggetto colpito è in piena attività lavorativa e produttiva.

Le artropatie infiammatorie, che comprendono le Spondiloartriti (tra le quali la Spondilite Anchilosante e l'Artrite Psoriasica) e le manifestazioni articolari di Connettiviti e Vasculiti, condividono con l'AR le stesse problematiche cliniche e assistenziali, essendo tutte causa di disabilità quando la loro individuazione non è tempestiva e se trattate impropriamente e tardivamente. Solo mediante un approccio globale basato sul

modello biopsicosociale è possibile fornire a questi pazienti gli strumenti necessari per affrontare l'evoluzione della malattia. Infatti, queste patologie colpiscono il paziente nella sua globalità fisica, psichica, affettiva, sociale e relazionale e di conseguenza l'approccio al paziente reumatico non può essere di tipo esclusivamente "biomedico.

I casi di Artrite reumatoide in Italia sono stimati in circa 350.000. Uno studio di prevalenza della malattia nel nostro Paese effettuato in una popolazione campione ha dato un valore di 0.46%; lo stesso studio mostra che la prevalenza globale delle artropatie infiammatorie, delle quali fa parte l'AR, si attesta intorno al 3%.

Il costo sociale globale della AR è particolarmente elevato e comprende i costi diretti e indiretti. E' stato calcolato che il costo medio annuo per paziente è mediamente superiore a 11.000 euro/anno. I costi sociali sono correlati e aumentano linearmente con il progredire della malattia e con l'aumento dell'invalidità. Il 70% del costo è legato alla perdita di produttività dei malati e alla necessità di fruire di assistenza sociale, mentre il restante 30% dei costi è correlato all'assistenza sanitaria (terapia farmacologica e assistenza ospedaliera ambulatoriale e specialistica.

L'artrite idiopatica giovanile (AIG) non è una malattia singola ma un insieme molto eterogeneo di malattie reumatiche nell'ambito delle quali si identificano sia malattie simili a quelle osservate nell'adulto che artriti proprie solo dell'età pediatrica; queste ultime rappresentano il 50% e oltre di tutte le forme di AIG.

La AIG è la più frequente tra le malattie reumatiche croniche del bambino ed interessa circa 1 bambino su 1.000. Potendo essere responsabile di severi danni articolari rappresenta nel suo complesso una delle principali cause di disabilità acquisita in età pediatrica. Inoltre, limitando in maniera anche rilevante la motilità, ha un impatto assai pesante sulla vita del bambino e della sua famiglia.

Il Reumatologo, contrariamente a quanto avviene negli altri Paesi, non è ancora considerato lo specialista di primo riferimento per le malattie mediche dell'apparato locomotore, mentre lo è per le malattie autoimmuni sistemiche. Nella pratica comune accade che spesso la prima osservazione di pazienti con patologie mediche dell'apparato locomotore viene effettuata da altri specialisti, quali Ortopedici e Fisiatri, o da altre figure professionali. Ciò determina un grave ritardo fra l'esordio dei sintomi e la corretta diagnosi. Tale situazione trova un rilevante e ulteriore motivo di complicazione nella disomogenea distribuzione in Italia di Reumatologi e di strutture reumatologiche e nella loro grave carenza in alcune Regioni.

In un'ottica di approccio integrato all'assistenza di pazienti reumatici cronici, socialmente fragili e tendenti alla disabilità, svolgono un ruolo di primo piano i MMG il cui compito è quello di collaborare all'indispensabile attività di monitoraggio clinico e terapeutico degli assistiti affetti da una patologia reumatica cronica e invalidante, quale l'AR e le altre Artropatie infiammatorie, essendo cruciale individuare al più presto segni o sintomi indicativi di una ripresa della malattia ed effetti collaterali o avversi delle terapie praticate.

Inoltre, i MMG svolgono un ruolo di primo piano per la sorveglianza del buono stato funzionale e la prevenzione del declino dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana con l'attivazione del team riabilitativo per la valutazione funzionale (ICF), l'elaborazione e realizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale.

La diagnosi e la pianificazione terapeutica per l'AIG, come quella delle altre, più rare, malattie reumatiche croniche dell'età evolutiva, deve essere effettuata in centri specialistici, riconosciuti ed accreditati sulla base della specifica esperienza maturata, del numero e del tipo di pazienti seguiti e dell'attività scientifica svolta. L'attuazione del piano terapeutico farmacologico e riabilitativo, fortemente influenzato dall'evoluzione nel tempo della malattia, deve poi essere effettuata principalmente dalle strutture sanitarie del territorio di residenza del paziente. Grazie ai potenti farmaci oggi a disposizione lo scopo del trattamento farmacologico è quello di raggiungere uno stato di remissione o di bassa attività di malattia, che fortunatamente si riesce ad ottenere nella maggioranza dei casi.

Vengono di seguito elencate le principali criticità, gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici, le linee di intervento proposte, i risultati attesi ed alcuni indicatori di monitoraggio

Principali criticità

La criticità maggiore è rappresentata dalla disomogeneità dell'assistenza reumatologica sul territorio nazionale. Ne consegue una migrazione sanitaria che determina sia nelle Regioni colpite dalla mobilità passiva, sia in quelle che devono affrontare il fenomeno della mobilità attiva, un ritardo significativo nell'erogazione delle prestazioni specialistiche.

Di particolare interesse è l'impatto che la AR ha sulla vita lavorativa delle persone che ne sono affette e che spesso sono colpite nel pieno della vita lavorativa attiva. Estremamente significativi, quindi, sono i costi sociali in ambito lavorativo, dovuti all'assenteismo e/o al cosiddetto "presenteismo", ossia alla presenza sul posto di lavoro, volta esclusivamente ad evitare sanzioni economico-disciplinari, di persone ammalate che in realtà non sono in grado di svolgere i compiti loro assegnati. Di seguito alcune delle criticità più rilevanti:

- assenza o carenza di strutture reumatologiche e riabilitative specifiche in numerose aree del territorio nazionale e, conseguentemente, difficile accesso ai servizi per i soggetti affetti da Artrite di recente insorgenza;
- frequente ritardo nella diagnosi;
- difficoltà di prescrizione dei farmaci biotecnologici;
- difficoltà distributive dei farmaci inseriti nel File F;
- difficoltà nell'utilizzo di farmaci "off label" nell'AIG (come in altre più rare patologie reumatiche croniche del bambino);
- carenza di tutele per i soggetti malati ancora in attività lavorativo-produttiva.
- il trattamento non farmacologico deve essere attuato precocemente ed in sinergia con la terapia farmacologica, con l'obiettivo di ripristinare la massima funzionalità articolare possibile, mantenere il tono-trofismo muscolare, ridurre la sintomatologia algica e prevenire le deformazioni articolari
- difficoltà nel passaggio della gestione del giovane dall'ambito pediatrico a quello dell'adulto per cui la transizione dei pazienti dall'ambito pediatrico a quello dell'adulto dovrebbe riconoscere un graduale passaggio.

Obiettivi generali

- Identificare precocemente i soggetti affetti da artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva.
- Migliorare l'aderenza al trattamento (farmacologico e non farmacologico).
- Implementare la gestione integrata fra territorio e ospedale e fra specialisti e MMG e PLS.

Obiettivi specifici

- Promuovere programmi formativi sui criteri diagnostici per i sanitari delle cure primarie, per favorire la diagnosi precoce.
- Adottare percorsi clinici validati per migliorare il follow-up dei pazienti.
- Promuovere l'empowerment del paziente e dei professionisti per migliorare l'aderenza al trattamento.
- Agevolare l'accesso ai servizi migliorando l'informazione.
- Adottare i protocolli per favorire la gestione integrata.
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato.

Linee di intervento proposte

1. Migliorare la formazione dei MMG e PLS per favorire la identificazione della malattia precocemente.
2. Diffondere fra i professionisti l'aderenza ai PTDA per migliorare l'aderenza terapeutica del paziente sia farmacologica che non farmacologica.
3. Favorire l'implementazione e/o la creazione di registri di patologia.
4. Promuovere l'applicazione di un PTDA nazionale, per favorire la standardizzazione dell'offerta di salute, ridurre le differenze territoriali e consentire la diagnosi entro sei mesi dalla comparsa dei primi sintomi.
5. Promuovere un miglior collegamento tra ospedale e territorio, tramite la costituzione di reti assistenziali integrate che favoriscano un approccio personalizzato ed interdisciplinare, tenendo anche conto di un percorso agevolato per le "Early Arthritis".
6. Favorire la semplificazione della prescrizione e dispensazione dei farmaci biotecnologici e dei farmaci "off-label" per l'Artrite idiopatica giovanile (AIG.)
7. Promuovere la dispensazione dei farmaci prescritti dalle strutture reumatologiche autorizzate e inclusi in File F presso le farmacie territoriali o ospedaliere nell'area di residenza dell'assistito.
8. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale.

Risultati attesi

- Aumento del numero di soggetti diagnosticati precocemente (entro 6 mesi dai primi sintomi).
- Aumento del numero dei professionisti coinvolti in un PTDA.

Indicatori proposti (monitoraggio)

- % di popolazione diagnosticata precocemente secondo quanto previsto dalle linee guida.
- % di professionisti coinvolti in un PTDA.

Di seguito si riportano alcuni ulteriori indicatori utili per il monitoraggio:

- *Numero di unità operative reumatologiche in rapporto alla popolazione di riferimento*
- *Percentuale di percorsi assistenziali coerenti con il PTDA*
- *Percentuale di pazienti in terapia con farmaci biotecnologici*
- *Percentuale di pazienti con AIG che ottiene il farmaco "off label" nella ASL di residenza.*

MALATTIA DI CROHN E RETTOCOLITE ULCEROSA

MACRO ATTIVITA'
- Metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici sull' incidenza e la prevalenza delle MICI, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo
- Diagnosi precoce
- Identificazione dei casi complessi e aggressivi

AREA PEDIATRICA
- Transizione dalla gestione in età evolutiva all'età adulta
- Integrazione sociale

MINISTERO DELLA SALUTE

AGENAS

AZIENDA SANITARIA

ASSOCIAZIONI

OBIETTIVI GENERALI
- Implementare studi di popolazione e di stratificazione basati sullo stadio di gravità della patologia
- Identificare precocemente le MICI
- Migliorare la presa in carico con percorsi dedicati sia per l'adulto che in età pediatrica coerenti con il grado di complessità in particolare per i casi gravi e aggressivi
- Aumentare la cultura delle MICI nell'ambito sociale e favorire una transizione adeguata alle esigenze del bambino

OBIETTIVI SPECIFICI
- Migliorare la capacità degli MMG e dei PLS di identificare più precocemente possibile la malattia
- Migliorare la presa in carico del paziente nella fase acuta
- Identificare il più precocemente possibile i casi aggressivi
- Ridurre il carico economico della malattia sul paziente e sulla famiglia
- Migliorare il collegamento tra cure primarie e livello specialistico.

AREA PEDIATRICA
- Creare un network tra PLS e i centri di gastroenterologia pediatrica
- Migliorare l'informazione su aspetti clinici e terapeutici della patologia in ambito sociale (scuola, circoli sportivi, etc.) per una migliore comprensione delle esigenze del bambino con MICI
- Migliorare il collegamento tra cure primarie e livello specialistico.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione con MICI, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di forme aggressive
2. Promuovere la formazione degli MMG e PLS per migliorare la capacità di identificare precocemente la malattia
3. Favorire l'applicazione di PDTA dedicati coerenti con le linee guida e con i bisogni clinici dei pazienti complessi.
4. Diffondere e implementare linee guida per il trattamento chirurgico della diagnosi intra-operatoria o delle complicanze.
5. Definire criteri per caratterizzare le strutture con esperienza nella gestione delle malattie gastrointestinali croniche

AREA PEDIATRICA
1. Definire protocolli per migliorare il processo di transizione pediatria/adulto e di inclusione e integrazione sociale
2. Sperimentare modelli di integrazione sociale
3. Sperimentare modelli di transizione dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto
4. Programmare incontri di aggiornamento per i PLS sui criteri di diagnosi e di follow-up
5. Migliorare la performance delle strutture pediatriche con esperienza nel trattamento delle MICI

RISULTATI ATTESI
- Aumento del numero di soggetti diagnosticati precocemente (entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi)
- Aumento del numero di modelli di integrazione sociale e di transizione

INDICATORI
- % di soggetti con diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa della sintomatologia
- % di studi sui modelli di integrazione sociale e transizione in ambito pediatrico

INQUADRAMENTO GENERALE

La *Malattia di Crohn (MC)* è caratterizzata da un processo infiammatorio cronico che coinvolge a tutto spessore uno o più segmenti del tratto digerente. La *Retto Colite Ulcerosa (CU)* è caratterizzata da un processo infiammatorio cronico che coinvolge la mucosa del colon senza soluzione di continuità partendo dal retto. Entrambe fanno parte del gruppo delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI).

Le definizioni di malattia delle MICI in età pediatrica siano sovrapponibili a quelle dell'adulto,

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

necessario sottolineare che, nel bambino, MC e CU sono difficilmente inquadrabili al momento della diagnosi, e fino al 15% dei bambini presenta una colite non classificata (Inflammatory Bowel Disease Unclassified - IBDU) che, solo durante il follow-up, assumerà le caratteristiche di una CU o di una MC.

L'incidenza e la prevalenza delle MICI in generale sono in continua crescita. Gli studi di popolazione sulla reale incidenza e prevalenza delle MICI in Italia sono scarsi. Per tale motivo è possibile fare solo delle stime: le mici hanno un'incidenza stimata intorno ai 10-15 casi su 100.000 abitanti all'anno con una prevalenza calcolata di circa 0,2-0,4 %.
Si stima comunque che il costo medio aumenti di oltre 4 volte in caso della malattia complessa refrattaria alle terapie convenzionali. Anche i costi indiretti sono rilevanti, sebbene difficilmente quantificabili, soprattutto in termini di "assenza dal lavoro", presenza al lavoro", "perdita di produttività" ecc. Non vi sono dati italiani sui costi diretti ed indiretti legati alla MC esordita in età pediatrica.
Il processo assistenziale delle MICI coinvolge, in momenti diversi e con ruoli diversi, più figure professionali.
I ruoli centrali nella gestione del paziente sono svolti dal MMG e dallo specialista Gastroenterologo-Internista cui è affidato anche il controllo endoscopico e in alcuni casi ecografico della malattia. Sia nella diagnosi che nel follow up sono coinvolti l'Anatomopatologo ed il Radiologo. Il Chirurgo tratta le complicanze addominali e perianali, spesso intervenendo prima della diagnosi. Le manifestazioni extra intestinali (MEI) richiedono il Reumatologo, il Dermatologo, l'Oculista e il Nutrizionista; lo Stomista e il Riabilitatore intervengono in situazioni particolari e lo Psicologo è utile soprattutto per i pazienti più giovani. Il mantenimento del buon stato funzionale e la prevenzione del declino dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana a seguito del malassorbimento, soprattutto in presenza di estese resezioni ileali, e delle manifestazioni extra-intestinali riguardanti le articolazioni e la colonna vertebrale, richiedono una valutazione (ICF), con approccio biopsicosociale, e iniziative riabilitative specifiche e non (attività fisica adattata) per una vita di relazione qualitativamente adeguata.
La presa in carico del paziente con MICI avviene preferenzialmente in strutture ospedaliere e, nella maggior parte, le unità operative interessate sono quelle di gastroenterologia e di medicina interna; non sempre, però, i professionisti che vi operano possiedono un'esperienza specifica per gestire le complicanze extra intestinali e le dotazioni strumentali non sono sempre adeguate.
Riguardo all'assistenza occorre distinguere tra diagnosi di malattia e follow up successivo.
All'esordio, il Medico di medicina generale (MMG) deve individuare i sintomi di allarme e stabilirne la gravità, indirizzando correttamente il paziente verso un percorso ambulatoriale o ospedaliero. In entrambi i casi, in assenza di corsie preferenziali di accesso allo specialista, si riscontra spesso un ritardo nella diagnosi della malattia nelle forme lievi o della complicanza nelle forme di grado moderato o grave.
Il follow up è influenzato dalla tipologia di malattia all'esordio o dalla sua storia clinica.
In generale il follow-up di un paziente con malattia ad andamento indolente è gestito dalla struttura specialistica: lo specialista lo affida con specifiche istruzioni operative al MMG che ha il compito di monitorare la terapia assegnata, modulandola secondo necessità, e di cogliere tempestivamente segni e sintomi di un'eventuale riacutizzazione. Viceversa, il paziente con malattia aggressiva o manifestazioni extra-intestinali necessita di un inquadramento multi-specialistico, medico e chirurgico, in base alla gravità del quadro clinico. In età pediatrica il livello di assistenza primaria è affidato principalmente al Pediatra di libera scelta (PLS). Tuttavia, in presenza del sospetto di MICI, la maggioranza dei PLS ritiene corretto affidare i pazienti direttamente ad una struttura di II livello o specialistico, situata quasi esclusivamente in strutture Ospedaliere, Universitarie o di IRCCS. Il secondo livello di cure è discretamente omogeneo, anche se non sempre ben formalizzato.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

Vengono di seguito elencate le principali criticità, gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici, le linee di intervento proposte, i risultati attesi ed alcuni indicatori di monitoraggio

Principali criticità

NELL' ADULTO

- *Mancanza di studi di popolazione sull'incidenza e prevalenza delle MICI in Italia:* questo dato è indispensabile per definire realisticamente il peso socio-sanitario della MC, allocare le giuste risorse e modulare i percorsi indispensabili per l'ottimizzazione dell'assistenza socio-sanitaria, in base al livello di gravità.
- *Ritardo di diagnosi e di identificazione dei casi aggressivi:* occorre minimizzare il ritardo di diagnosi per ridurre il rischio di sviluppare delle complicanze invalidanti e stabilire criteri condivisi per l'individuazione e la gestione dei pazienti con MC che già alla diagnosi o nel follow up presentino i criteri di malattia grave. Nella CU il ritardo di diagnosi può dare delle modificazioni d'organo del colon compromettendone la capacità di contenimento delle feci e di riassorbimento dei liquidi; inoltre facilita la progressione a forme più estese di malattia, molto più difficili da trattare efficacemente e con maggior rischio di complicanza neoplastica a lungo termine. La CU ad attività grave deve essere diagnosticata precocemente, e gestita in centri esperti, per il suo rischio immediato per la vita del paziente.
- *Disomogeneità* nei comportamenti clinici dei professionisti, carente o disomogenea applicazione del PTDA, difficile identificazione del soggetto responsabile della gestione clinica del paziente e mancanza di collegamenti tra cure primarie e livello specialistico.
- *Scarsa diffusione dell'Infermiera/e case-manager dedicato/o:* è la figura professionale che, specializzata mediante percorsi formativi specifici nella gestione delle MICI o di patologie croniche affini, può fornire una interfaccia con il paziente, risolvendo i suoi problemi di accesso alle cure, preparazione o programmazione di esami o accesso diretto in caso di quadri acuti.

IN ETA' EVOLUTIVA

- *Mancanza di una rete organizzativa definita tra assistenza primaria (PLS) e secondaria (centri specialistici)*
- *Mancanza di indicazioni chiare sul processo di "transizione"* tra l'età pediatrica e l'età adulta e sull'età in cui tale transizione debba essere effettuata: d'altro canto, non vi sono indicazioni condivise sul fatto che tutti i soggetti in età pediatrica (secondo la convenzione ONU definita fino ai 18 anni, secondo il progetto obiettivo materno infantile (POMI) in Italia 0-14 anni) debbano essere seguiti esclusivamente nei centri pediatrici e non in quelli dell'adulto.
- *Problematiche legate all'integrazione sociale (in generale, scolastica, attività sportive)*: dove manca una comunicazione diretta tra i centri di cura e la scuola, i piccoli pazienti hanno difficoltà a conciliare la loro malattia con le normali attività di studio e di permanenza nell'ambiente scolastico per la scarsa conoscenza dei bisogni dei bambini da parte delle strutture scolastiche e ricreative (frequenti assenze, disponibilità della toilette ecc).
- *Difficoltà di garantire la gestione integrata della malattia* per la mancanza, nello stesso contesto, di tutte le figure professionali necessarie (gastroenterologo pediatra, nutrizionista, psicologo, chirurgo).

Obiettivi generali

- Implementare studi di popolazione e di stratificazione basati sullo stadio di gravità della patologia.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e della Persona
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

- Identificare precocemente le MICI.
- Migliorare la presa in carico con percorsi dedicati sia per l'adulto che in età pediatrica, coerenti col grado di complessità in particolare per i casi gravi e aggressivi.
- Aumentare la cultura delle MICI nell'ambito sociale e favorire una transizione adeguata alle esigenze del bambino.

Obiettivi specifici

Area adulti

- Migliorare la capacità dei MMG e dei PLS di identificare il più precocemente possibile la malattia.
- Migliorare la presa in carico del paziente nella fase acuta.
- Identificare il più precocemente possibile i casi aggressivi.
- Ridurre il carico economico della malattia sul paziente e sulla famiglia
- Migliorare il collegamento tra cure primarie e livello specialistico.

Area pediatrica

- Creare un network tra PLS e centri di gastroenterologia pediatrica.
- Migliorare l'informazione su aspetti clinici e terapeutici della patologia nell'ambito sociale (scuola, circoli sportivi) per una migliore comprensione delle esigenze del bambino con MICI
  Migliorare il collegamento tra cure primarie e livello specialistico.

Linee di intervento proposte

1. Identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione con MICI, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di forme aggressive.
2. Promuovere la formazione dei MMG e PLS per migliorare la capacità di identificare precocemente la malattia.
3. Favorire l'applicazione di PDTA dedicati, coerenti con le linee guida e con i bisogni clinici dei pazienti complessi.
4. Diffondere e implementare linee guida per il trattamento chirurgico della diagnosi intra-operatoria o delle complicanze.
5. Definire criteri per caratterizzare le strutture con esperienza nella gestione delle MICI.
6. Inoltre, per l'area pediatrica:
7. Definire protocolli per migliorare il processo di transizione e di inclusione e integrazione sociale;
8. Sperimentare modelli di integrazione sociale:
9. Sperimentare modelli di transizione dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto;
10. Programmare incontri di aggiornamento per i PLS sui criteri di diagnosi e di follow-up;
11. Migliorare la performance delle strutture pediatriche con esperienza nel trattamento delle MICI

Risultati attesi

- Aumento del numero di soggetti diagnosticati precocemente (6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi)
- Aumento del numero di modelli di integrazione sociale e di transizione

Indicatori proposti (monitoraggio)

- [illegible] di soggetti con diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa della sintomatologia
- [illegible] studi sui modelli di integrazione sociale e transizione in ambito pediatrico

Si riportano di seguito alcuni specifici indicatori per la MC e per la CU sia nell'età adulta che in età evolutiva.

MALATTIA DI CROHN (MC)

NELL' ADULTO

- Progressiva riduzione degli interventi chirurgici alla diagnosi; obiettivo: meno 15% rispetto all'anno precedente (tempo zero il primo anno di attivazione del piano).
- Riduzione del tempo medio di attesa per ricovero presso centro MICI per MC grave; obiettivo: <72 ore.
- Riduzione percentuale di ricoveri inappropriati (degenza =<3 gg) con diagnosi principale per MICI (DRG 555) x anno /totale dei ricoveri per MICI x anno con diagnosi principale per MICI (DRG 555); obiettivo: meno 25%; riduzione dei DH; obiettivo: meno 30% entro il secondo anno.
- Numero di strutture ospedaliere e strutture ambulatoriali territoriali dedicate identificate mediante criteri noti e oggettivi (numero di pazienti trattati, disponibilità di risorse per diagnosi e cura, aderenza a linee guida, ecc.).
- Numero di giornate lavorative perse (INAIL, INPS) per la malattia/anno.

IN ETA' EVOLUTIVA

- Riduzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente del numero di pazienti di età superiore ai 18 anni seguiti presso centri pediatrici e di almeno il 15% di pazienti di età <14 anni seguiti pressi i centri di gastroenterologia dell'adulto (tempo zero primo anno di attivazione del piano cronicità).
- Attuazione di programmi regionali basati su incontri a cadenza annuale presso le strutture scolastiche con il personale sanitario mirati ad incrementare le conoscenze sulla problematica del bambino/adolescente affetto da MICI.
- Numero di strutture ospedaliere e ambulatoriali territoriali dedicate identificate mediante criteri noti e oggettivi (numero di pazienti trattati, disponibilità di risorse per diagnosi e cura, aderenza a linee guida, ecc.).

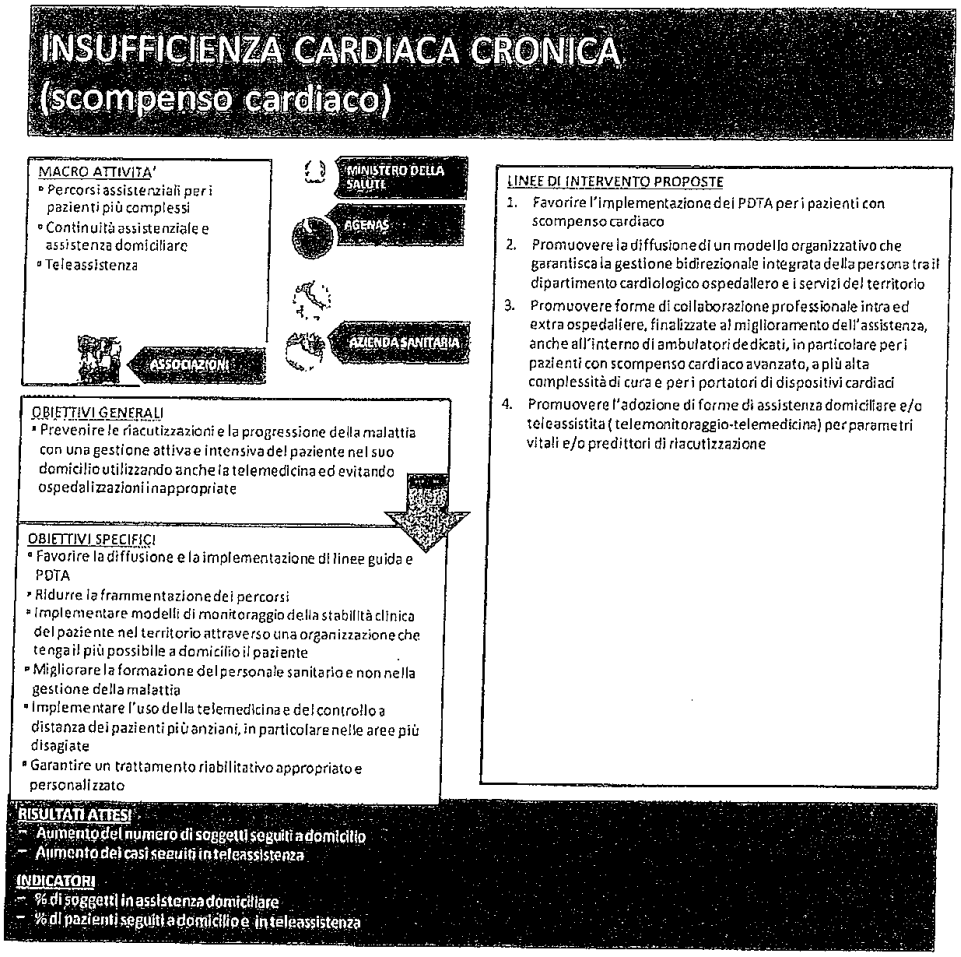
RETTOCOLITE ULCEROSA (CU)

NELL' ADULTO

- Tempo di attesa di ricovero presso centro MICI per CU grave <72 ore.
- Percentuale di ricoveri inappropriati (degenza =<3 gg) con diagnosi principale per MICI (DRG 556) x anno \totale dei ricoveri per MICI x anno con diagnosi principale per MICI (DRG 556) Target: riduzione dei ricoveri inappropriati per MICI del 25% e dei DH del 30% dal secondo anno di osservazione.
- N° di Centri territoriali o regionali individuati in base a criteri noti e oggettivi.
- Numero delle strutture che ha rapporti di collaborazione consolidati con i medici territoriali.
- Numero di giornate lavorative perse (INAIL, INPS) per la malattia/anno.

IN ETA' EVOLUTIVA

- Riduzione del tempo medio per ricovero per episodio di colite acuta severa presso centro specialistico < 48 ore.
- Riduzione di almeno il 15% rispetto all'anno precedente del numero di pazienti di età superiore ai 18 anni seguiti presso centri pediatrici e di almeno il 15% di pazienti di età <14 anni seguiti pressi i centri di gastroenterologia dell'adulto (tempo zero primo anno di attivazione del piano cronicità).
- Attuazione di programmi regionali basati su incontri a cadenza annuale presso le strutture scolastiche con il personale sanitario mirati ad incrementare le conoscenze sulla problematica del bambino/adolescente affetto da MICI.
- Numero di strutture ospedaliere e strutture ambulatoriali territoriali dedicate identificate mediante criteri noti e oggettivi (numero di pazienti trattati, disponibilità di risorse per diagnosi e cura, aderenza a linee guida, ecc.).



INQUADRAMENTO GENERALE

Lo *Scompenso Cardiaco (SC)* è la grave e complessa, spesso finale, manifestazione clinica di una serie di patologie cardiache (prevalentemente la Cardiopatia Ischemica e l'Ipertensione) e non cardiache, non di rado coesistenti, che causano alterazioni strutturali e funzionali del sistema cardiovascolare rendendo incapace il cuore a provvedere alle necessità metaboliche dei tessuti periferici. E' una delle patologie croniche più diffuse nei paesi avanzati, con un elevato impatto sulla qualità della vita, la sopravvivenza (50-60% di mortalità annua secondo il grado di compromissione) e l'assorbimento di risorse. Le previsioni indicano un trend in progressivo aumento legato all'invecchiamento della popolazione e all'efficace cura delle patologie cardiovascolari in genere.

I dati ricavabili dalle casistiche dei paesi occidentali indicano una prevalenza dello SC dell'1-2% nella popolazione generale che raggiunge il 6,4% nei soggetti con età >65 anni. L'incidenza di nuovi casi di SC è di

0.2%/anno nella popolazione generale, cresce con l'età fino a raggiungere il 4% annuo negli ultra 85enni. Nell'ultimo decennio si è assistito ad una modifica della fisionomia del paziente con SC, caratterizzata da una crescente "complessità/fragilità" (molto più anziano, con frequenti comorbidità, ricoveri ospedalieri multipli, poli-trattato), tanto da richiedere un adeguamento delle modalità assistenziali da orientare verso un sistema di rete integrata-multidisciplinare.

I costi per la cura dei pazienti con SC sono, in generale, elevati, tanto da rappresentare nei paesi occidentali fino al 2,5% della spesa sanitaria nazionale, di cui due terzi per le ospedalizzazioni.

L'organizzazione dell'assistenza al paziente con SC, e più in generale al paziente cronico, deve essere ispirata dai bisogni globali del soggetto ammalato, in coerenza con un Piano terapeutico appropriato e personalizzato in base alle prevedibili conseguenti necessità assistenziali (fragilità, disabilità, comorbidità).

Attualmente si riconosce che la combinazione di un adeguato monitoraggio ed intervento clinico, un programma di esercizio fisico e di interventi strutturati educazionali e psico-comportamentali rappresentino la forma più efficace per ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, migliorare la capacità funzionale e favorire il reinserimento sociale e lavorativo. Queste componenti si integrano nel progetto riabilitativo individuale (PRI) che identifica gli obiettivi da raggiungere nel singolo paziente.

Il modello organizzativo che garantisce gradualità e specificità delle cure è quello basato sul principio della rete cardiologica integrata tra ospedale e strutture sanitarie territoriali (ambulatori cardiologici, strutture di riabilitazione, distretti, assistenza primaria e domiciliare) con al centro il paziente cardiopatico cronico con scompenso cardiaco. Questo modello organizzativo prevede la gestione e la presa in carico della maggioranza dei pazienti da parte della rete periferica territoriale e degli ospedali di rete pubblici o privati accreditati e l'invio della casistica più complessa ai centri di riferimento di alta specializzazione dotati di emodinamica, elettrofisiologia e cardiochirurgia, e programma trapianto cardiaco/assistenza ventricolare. Il principio della continuità assistenziale ha un ruolo centrale in tutti i disegni organizzativi e assistenziali del paziente cronico e deve favorire il più possibile l'integrazione organica fra le diverse strutture ospedaliere e fra ospedale e territorio.

L'obiettivo specifico per i pazienti con scompenso cardiaco è garantire la riduzione delle ospedalizzazioni e il miglioramento della qualità di vita, attraverso una gestione territoriale della patologia cronica e una gestione ospedaliera della fase acuta, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili.

Vengono di seguito elencate le principali criticità, gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici, le linee di intervento proposte, i risultati attesi ed alcuni indicatori di monitoraggio

Principali Criticità

- Scarsa aderenza alle linee guida sulla gestione dello SC, soprattutto per i pazienti più compromessi.
- Generale frammentazione dei percorsi assistenziali specialistici e territoriali con un'implementazione solo parziale della continuità assistenziale
- A fronte della crescita delle persone con scompenso cardiaco non è sufficientemente sviluppata l'assistenza territoriale e il monitoraggio della stabilità clinica del paziente nel territorio, con conseguente affollamento dei reparti di cardiologia e medicina interna.

Obiettivo generale

Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate

Obiettivi specifici

- Favorire la diffusione e l'implementazione delle linee guida.
- Ridurre la frammentazione dei percorsi.
- Implementare modelli di monitoraggio della stabilità clinica del paziente nel territorio attraverso una organizzazione che tenga il più possibile al domicilio il paziente.
- Migliorare la formazione del personale sanitario e non nella gestione della malattia.
- Implementare l'uso della telemedicina e del controllo a distanza dei pazienti più anziani, in particolare nelle aree più disagiate.
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato.

Linee di intervento proposte

1. Favorire l'implementazione dei PDTA per pazienti con SC.
2. Promuovere la diffusione di un modello organizzativo che garantisca la gestione bidirezionale integrata del paziente tra il Dipartimento cardiologico ospedaliero e i servizi del territorio.
3. Promuovere forme di collaborazione professionale intra ed extraospedaliere, finalizzate al miglioramento dell'assistenza, anche all'interno di ambulatori dedicati, in particolare per i pazienti con SC avanzato, a più alta complessità di cura e per i portatori di dispositivi cardiaci.
4. Promuovere l'adozione di forme di assistenza domiciliare e/o teleassistita (telemonitoraggio-telemedicina) per parametri vitali e/o predittori di riacutizzazione.

Risultati attesi

- Aumento del numero di soggetti seguiti a domicilio.
- Aumento dei casi seguiti in teleassistenza.

Indicatori proposti (monitoraggio)

- % di soggetti in assistenza domiciliare.
- % di pazienti seguiti a domicilio e in teleassistenza.

Di seguito si riportano alcuni ulteriori indicatori utili per il monitoraggio

Tabella A - Indicatori di processo

Obiettivo	*Indicatore proposto*	*Fonte*
Efficacia di sistema	- *Reparti non cardiologici: % di visita cardiologica pre-dimissione dall'ospedale per DRG 127*	*Joint Commission Nazionale per la valutazione della cartella clinica*
Efficacia di sistema	- *% di visita cardiologica programmata in ambulatorio entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera per DRG 127*	*Database Ministero Salute*
Appropriatezza	- *% di esecuzione di ecocardiogramma in pazienti ricoverati per scompenso cardiaco*	*Database SDO*
Appropriatezza	- *Tasso d'impianto di defibrillatori/pacemaker biventricolari (ICD o CRT o CRTD), normalizzato per popolazione.*	*Database SDO*

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA
PRESIDENZA

Tabella B - Indicatori di esito

Obiettivo	*Indicatore proposto*	*Fonte*
Efficacia del sistema	– *Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (DRG 127), normalizzato per popolazione.*	*Database SDO*
Efficacia del sistema	– *Percentuale di riammissioni ospedaliere per scompenso cardiaco a 30 e 180 giorni, sui dimessi dall'ospedale per lo stesso DRG (127).*	*Database SDO*
Efficacia del sistema	– *Tasso di mortalità annua a 30 e 365 dopo un ricovero per scompenso cardiaco, normalizzato per popolazione.*	*Database ISTAT*

MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI

MACRO ATTIVITA'
- Diagnosi precoce e impostazione terapeutica comprese le terapie complesse(infusive e chirurgiche)
- Interventi collegati alla disabilità
- Mantenimento del buon stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale

ASSOCIAZIONI

MINISTERO DELLA SALUTE

AGENAS

AZIENDA SANITARIA

OBIETTIVI GENERALI
- Migliorare la conoscenza della dimensione multidisciplinare e della complessità della gestione della patologia e ridurre la disomogeneità degli interventi attuati sul territorio nazionale
- Ridare piena autonomia e stabilità clinica al paziente

OBIETTIVI SPECIFICI
- Migliorare la formazione dei professionisti per una gestione multidisciplinare del paziente
- Promuovere un monitoraggio adeguato delle terapie farmacologiche con una personalizzazione della terapia farmacologica per le differenti esigenze dei singoli con particolare attenzione per le condizioni di fragilità e/o esclusione sociale.
- Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).
- Promuovere l'adozione di PDTA nazionali condivisi, codificati per ogni fase di malattia, sulla base dei bisogni assistenziali
- Promuovere un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato (Progetto Riabilitativo Individuale).

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Promuovere la formazione degli operatori delle cure primarie (MMG, Infermieri) per indirizzare il sospetto diagnostico.
2. Migliorare la formazione dei professionisti sanitari per la gestione multidisciplinare del paziente.
3. Promuovere interventi per omogeneizzare le indicazioni terapeutiche spesso non aderenti alle linee guida.
4. Applicazione dei percorsi riabilitativi.
5. Avviare indagini conoscitive sui dati epidemiologici regionali e sulla consistenza delle proprie strutture dedicate.
6. Migliorare la conoscenza del numero dei soggetti con Parkinson e parkinsonismi
7. Definire criteri obiettivi (numero di pazienti trattati, disponibilità di risorse per diagnosi e cura, aderenza a linee guida, ecc.) per l'individuazione di strutture ospedaliere e strutture ambulatoriali territoriali dedicate e verificare la rispondenza delle strutture
8. Promuovere la revisione dei criteri di "appropriatezza" del processo terapeutico/riabilitativo (ricoveri trattamenti farmacologici, trattamenti riabilitativi) con particolare attenzione ai momenti di cambiamento sintomatologico e all'aggravamento della disabilità
9. Favorire l'adozione di strumenti di gestione condivisi e accessibili ai differenti livelli dagli operatori della Rete.
10. Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).

RISULTATI ATTESI
- Diagnosi precoce entro i tempi stabiliti dalle linee guida
- Omogeneità dei percorsi diagnostici, di follow-up e riabilitativi

INDICATORI
- % di pazienti con diagnosi entro i tempi previsti dalle linee guida
- % di pazienti inseriti in un PDTA che assicuri l'aderenza alle linee guida e le risposte ai bisogni complessi dei pazienti

INQUADRAMENTO GENERALE

La *Malattia di Parkinson (MP)* è una patologia neurodegenerativa cronica e progressiva del sistema nervoso centrale, tipicamente caratterizzata dalla presenza di sintomi motori cardinali quali bradicinesia, rigidità e tremore che, con l'evoluzione del quadro clinico, può anche associare la presenza di instabilità posturale. La disabilità e la qualità di vita dei soggetti parkinsoniani è, rispettivamente, aggravata e penalizzata dalla coesistenza di sintomi non motori (disturbi cognitivi, depressione ed apatia, nonché disartria, disfonia, disfagia, disturbi della minzione, stipsi, alterazione della termoregolazione e disturbi cardiovascolari).
Altre malattie possono manifestare sintomi di tipo parkinsoniano, rendendo frequentemente difficoltosa la diagnosi differenziale con la MP. Queste condizioni, genericamente note come *Parkinsonismi*, contemplano patologie di tipo neurodegenerativo ("Parkinsonismi Atipici") e patologie secondarie ad altre condizioni ("Parkinsonismi Secondari").

Oggi in Italia si calcolano circa 230.000 persone colpite da MP (60% uomini, 40% donne), di cui circa il 5% con età inferiore ai 50 anni e il 70% con età superiore ai 65 anni. Si prevede che per il 2030, vista la

tendenza all'invecchiamento della popolazione, il numero dei casi sarà raddoppiato. Inoltre, considerando insieme MP e Parkinsonismi, la stima epidemiologica dovrebbe essere aumentata del 20-30%.
Attualmente non esistono stime precise sui costi che tali patologie impongono al SSN, soprattutto se oltre ai costi diretti si dovessero considerare i costi indiretti connessi anche alle problematiche della famiglia della persona con Parkinson o Parkinsonismo. Considerando la tendenza di incremento di tali patologie nel prossimo futuro, l'impatto economico che necessariamente ne deriverà sarà difficilmente sostenibile in assenza di strategie assistenziali basate su criteri di efficacia, efficienza ed economicità. Per questo si rende necessario un precoce iter diagnostico, il costante monitoraggio dell'evoluzione della disabilità e la presa in carico con approccio biopsicosociale, coerente con lo stadio della malattia.
Nel nostro Paese esiste una realtà assistenziale estremamente variegata. Vi sono centri, generalmente inseriti in Aziende ospedaliere o ospedaliero-universitarie e negli IRRCS, altamente specializzati e spesso collegati tra loro nello scambio di informazioni. La realtà territoriale è, invece, più frammentata: solo alcune Regioni hanno elaborato PDTA per la MP; spesso manca una vera e propria integrazione tra i vari operatori medici e delle professioni sanitarie come anche tra i centri ospedalieri e i servizi territoriali per garantire ai pazienti la necessaria continuità assistenziale. A questo livello, spesso mancano competenze specifiche che permettano di individuare le manifestazioni iniziali della MP o dei Parkinsonismi, nonché di gestire compiutamente i bisogni assistenziali (terapeutici, riabilitativi, ecc.) dei pazienti. Fortemente deficitaria, soprattutto in alcune zone del Paese, è l'assistenza domiciliare.
La MP e i Parkinsonismi sono distinti da condizioni strettamente connesse al processo neurodegenerativo: la cronicità e la progressione della malattia. Tali aspetti devono essere tenuti in considerazione al fine di programmare correttamente gli interventi assistenziali volti al recupero funzionale. La valutazione e la misurazione della disabilità, considerando le comorbilità interagenti e le funzionalità compromesse, descrivono il profilo di funzionamento secondo ICF, individuano gli obiettivi e le strategie da perseguire all'interno del Progetto Riabilitativo Individuale e il setting appropriato di intervento riabilitativo.
Per quanto riguarda la MP, possono essere evidenziate tre differenti fasi collegate alla progressione della patologia, mentre nei Parkinsonismi atipici queste fasi sono quasi del tutto sovrapposte con progressione più rapida ed efficacia terapeutica parziale o del tutto assente. Ogni fase è contraddistinta da specifiche azioni, necessarie alla corretta gestione dei soggetti interessati.

1. Fase iniziale, centrata sulla diagnosi e sull'impostazione terapeutica in grado di ridare piena autonomia alla persona e stabilità clinica; il PRI è caratterizzato dalle strategie rieducative in grado di conservare il buon stato di funzionamento della persona e la piena partecipazione alle attività sociali e professionali.

2. Fase intermedia, caratterizzata da scelte terapeutiche variabili nel tempo in funzione delle modifiche dello stato clinico.
3. Fase avanzata, in cui sono preminenti aspetti collegati all'aggravarsi della disabilità, alle terapie complesse (infusive e chirurgiche), all'assistenza sia domiciliare sia in strutture residenziali, alle cure palliative o riabilitative-compensative e alle tematiche di fine vita.

La complessità della patologia richiede un approccio assistenziale multidisciplinare e altamente integrato, a seconda delle circostanze e delle fasi di malattia, che necessita spesso di un gran numero di professionisti coinvolti (MMG, Neurologi, Fisiatri, Geriatri e Internisti unitamente ad altri specialisti di supporto come Cardiologi e Gastroenterologi, Fisioterapisti, Logopedisti, Infermieri, Nutrizionisti, Psicologi, sanitari coinvolti nell'assistenza domiciliare e nelle strutture residenziali, personale dei servizi sociali, Associazioni di volontariato, ecc.). Considerando la numerosità degli operatori interessati e la complessità degli interventi necessari alla presa in carico globale, è indispensabile l'integrazione di queste attività a livello territoriale con la predisposizione di una rete di servizi che garantisca la continuità assistenziale/riabilitativa basata sulla lotta all'evoluzione della disabilità più che verso le singole espressioni sintomatologiche della malattia.

Un modello di rete efficace dovrebbe prevedere la presenza di unità operative ospedaliere di riferimento, con funzioni di coordinamento e di indirizzo, e di unità territoriali che, a seconda della complessità delle azioni richieste, possono essere affidate ai MMG (eventualmente aggregati in Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP), a specialisti ambulatoriali o ad altri specialisti operanti in ospedali, in strutture residenziali e nell'assistenza domiciliare.

Vengono di seguito elencate le principali criticità, gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici, le linee di intervento proposte, i risultati attesi ed alcuni indicatori di monitoraggio

Principali criticità

ASPETTI ORGANIZZATIVI:
- carenza di reti assistenziali e assenza di PTDA codificati nella maggioranza delle Regioni;
- carente integrazione tra gli operatori e tra centri ospedalieri e servizi territoriali, e difficoltà di garantire ai pazienti la necessaria continuità assistenziale;
- mancanza di strumenti gestionali condivisi tra gli operatori coinvolti

ASPETTI CULTURALI:
- carente conoscenza della dimensione multidisciplinare e della complessità della gestione della patologia;
- carente conoscenza di dati epidemiologici specifici per le varie Regioni, anche relativamente alla consistenza dei servizi assistenziali territoriali dedicati;
- carente formazione specifica degli operatori delle cure primarie, che spesso non riescono ad indirizzare il sospetto diagnostico in assenza di sintomatologia franca e nei casi di sintomatologia atipica.
- scarso utilizzo del PRI per la programmazione, gestione e monitoraggio dei trattamenti riabilitativi.

ASPETTI ASSISTENZIALI:
- carente attenzione all'impatto psicologico della comunicazione della diagnosi;
- sottovalutazione della necessità di un approccio globale anche in fase iniziale per prevenire complicanze e impostare un corretto approccio multidisciplinare e un adeguato apprendimento da parte del paziente e del nucleo familiare;
- indicazioni terapeutiche non omogenee e spesso non aderenti a linee guida;
- necessità di ridefinire l'appropriatezza dei setting di cura (incluso il ricovero ospedaliero) in relazione alla fase di sviluppo della malattia;
- insufficiente offerta di terapie complesse in alcune aree del Paese;
- insufficiente applicazione di percorsi riabilitativi che rispondano ai bisogni funzionali e di salute;
- complessità dell'iter amministrativo per riconoscimento di invalidità e prescrizione di ausili;
- carenza dell'offerta di assistenza domiciliare in molte Regioni.

Ogni Regione dovrebbe garantire il funzionamento in rete dei servizi assistenziali per la gestione multidisciplinare del paziente parkinsoniano, prevedendo la presenza di:

Unità operative con forte esperienza nella gestione del malato con Parkinson, generalmente inserite in Aziende ospedaliere o Ospedaliero-Universitarie o IRRCS, con funzioni di diagnosi, cura, coordinamento

e riferimento delle altre strutture territoriali;

- *Medicina generale*, cui spetta la formulazione del sospetto diagnostico e l'invio dei pazienti alle strutture specialistiche di neurologia, ospedaliere o ambulatoriale territoriale, per l'approfondimento diagnostico e per l'impostazione terapeutica iniziale, la gestione delle comorbilità e l'indicazione per l'accesso all'assistenza domiciliare e alle strutture residenziali di lungo-degenza;
- *Strutture Territoriali (Distretto, Casa della salute, UCCP), che rappresentano per i pazienti punti di riferimento prossimi al luogo di residenza e snodo di raccordo tra MMG e le strutture ospedaliere; in questa sede deve essere garantita la continuità assistenziale tra gli operatori della* Rete, utilizzando strumenti gestionali condivisi, la certificazione per il riconoscimento di invalidità e la prescrizione di ausili e farmaci dispensabili tramite piano terapeutico;
- *Strutture Residenziali*, necessarie nelle fasi avanzate di malattia.

Obiettivi generali

- Migliorare la conoscenza della dimensione multidisciplinare e della complessità della gestione della patologia e ridurre la disomogeneità degli interventi attuati sul territorio nazionale.
- Ridare piena autonomia e stabilità clinica al paziente.

Obiettivi specifici

- Migliorare la formazione dei professionisti per una gestione multidisciplinare del paziente.
- Promuovere un monitoraggio adeguato delle terapie farmacologiche con una personalizzazione della terapia farmacologica per le differenti esigenze dei singoli con particolare attenzione per le condizioni di fragilità e/o esclusione sociale.
- Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).
- Promuovere l'adozione di PTDA nazionali condivisi, codificati per ogni fase di malattia, sulla base dei bisogni assistenziali.
- Promuovere un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato (Progetto Riabilitativo Individuale).

Linee di intervento proposte

1. Promuovere la formazione degli operatori delle cure primarie (MMG, infermieri) per indirizzare il sospetto diagnostico.
2. Migliorare la formazione dei professionisti sanitari per la gestione multidisciplinare del paziente.
3. Promuovere interventi per omogeneizzare le indicazioni terapeutiche spesso non aderenti alle linee guida.
4. Applicazione dei percorsi riabilitativi.
5. Avviare indagini conoscitive sui dati epidemiologici regionali e sulla consistenza delle proprie strutture dedicate.
6. Migliorare la conoscenza del numero dei soggetti con Parkinson e parkinsonismi
7. Definire criteri obiettivi (numero di pazienti trattati, disponibilità di risorse per diagnosi e cura, aderenza a linee guida, ecc.) per l'individuazione di strutture ospedaliere e strutture ambulatoriali territoriali dedicate e verificare la rispondenza delle strutture
8. Promuovere la revisione dei criteri di "appropriatezza" del processo terapeutico/riabilitativo (ricoveri

trattamenti farmacologici, trattamenti riabilitativi) con particolare attenzione ai momenti di cambiamento sintomatologico e all'aggravamento della disabilità

9. Favorire l'adozione di strumenti di gestione condivisi e accessibili ai differenti livelli dagli operatori della Rete.
10. Favorire la realizzazione di strutture con disponibilità di terapie complesse infusive (apomorfina e duodopa) e chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda).

Risultati attesi

- Diagnosi precoce entro i tempi stabiliti dalle linee guida.
- Omogeneità dei percorsi diagnostici, di follow-up e riabilitativi.

Indicatori proposti (monitoraggio)

- % di pazienti con diagnosi entro i tempi previsti dalle linee guida.
- % di pazienti inseriti in un PTDA che assicuri l'aderenza alle linee guida e le risposte ai bisogni complessi dei pazienti.

BPCO e IRC

MACRO ATTIVITA'
- Programmi nazionali di prevenzione e controllo dei fattori di rischio
- Favorire un percorso di [illegible] adeguato ai bisogni del [illegible] paziente nel rispetto de[illegible] linee guida

MINISTRO DELLA SALUTE

AGENAS

ASSOCIAZIONI

OBIETTIVI GENERALI
- Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio ad essa collegati a livello politico e sociale
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva della persona nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate
- Migliorare l'aderenza alla profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa
- Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere

OBIETTIVI SPECIFICI
- Cessazione del fumo
- Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor-educazione sanitaria
- Educazione del paziente/caregiver all'autogestione della malattia
- Prevenzione delle riacutizzazioni
- Migliorare la qualità sia clinica sia strutturale, tecnologica e operativa delle strutture di cura
- Sensibilizzare e attivare la formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di insufficienza respiratoria e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti
- Prevenire infezioni
- Favorire gli interventi di riabilitazione respiratoria
- Garantire presa in carico unitaria della persona con IRC da MNM
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Implementare una carta di rischio respiratorio
2. Incrementare programmi e adottare strumenti che aumentino la consapevolezza sulla patologia
3. Implementare l' Integrazione multidisciplinare e multiprofessionale adottando i PDTA
4. Incrementare programmi che sviluppino l'empowerment del paziente e che rendano i professionisti sanitari e non sanitari consapevoli dell'importanza dell'aderenza sia farmacologica che tecnologica individuando strumenti che facilitino la compliance
5. Strutturare in maniera appropriata l'assistenza domiciliare (ossigenoterapia e ventiloterapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita
6. Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei a livello nazionale
7. Implementare la riabilitazione respiratoria
8. Mettere a regime i modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina)
9. Sensibilizzazione e formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC i e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti
10. Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del caregiver
11. Favorire la valutazione del funzionamento della persona(ICF) con approccio biopsicosociale
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare l'ossigenoterapia, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale

RISULTATI ATTESI
- Aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza
- Riduzione delle ospedalizzazioni

INDICATORI
- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC.
- % di popolazione inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente

INQUADRAMENTO GENERALE

La Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una condizione patologica dell'apparato respiratorio caratterizzata da ostruzione al flusso aereo persistente e parzialmente reversibile, causata dall'inalazione di

sostanze nocive che determinano un quadro di infiammazione cronica ed anche importanti effetti sistemici che si associano a complicazioni e comorbidità. I principali fattori di rischio per BPCO sono il fumo di tabacco, l'inquinamento atmosferico, domestico e lavorativo, e le infezioni respiratorie.

La prevalenza mondiale, ipotizzata al 7,6% con 64 milioni di malati nel 2005, è sottostimata perché la diagnosi viene fatta soprattutto nei casi clinicamente avanzati. Al quarto posto come causa di morte nel 2011, si stima che la BPCO diventerà la terza causa di morte a livello mondiale entro il 2020 con 6 milioni di morti attesi. La prevalenza in Italia è stimata tra il 4% ed il 6,7%, con differenze di genere in riduzione per l'abitudine tabagica ed i rischi lavorativi del sesso femminile. La BPCO è una delle maggiori cause di morbilità e rappresenta circa il 50% dei decessi per patologia respiratoria in Italia, con un forte impatto economico sul SSN per la durata della sua storia naturale e di quella della fase di disabilità.
La BPCO può indurre importanti effetti sistemici ed essere associata frequentemente a complicanze e comorbilità, molto comuni nei soggetti più anziani o con condizione patologica in fase avanzata. La BPCO rappresenta la causa più comune di insufficienza e invalidità respiratoria cronica.
L'Insufficienza respiratoria cronica (IRC) compare nel 57% dei ricoveri BPCO. Con il termine di insufficienza respiratoria (IR) s'intende l'incapacità del sistema respiratorio di assicurare un'adeguata ossigenazione del sangue arterioso e/o assicurare un efficiente wash-out dell'anidride carbonica; l'IR può manifestarsi in forma acuta o acuta su cronica. Le conseguenze dell'insufficienza respiratoria si possono manifestare anche su apparati extra-respiratori fino a determinare una sindrome da disfunzione multiorgano.
La gestione dei pazienti affetti da BPCO è generalmente affidata ai MMG che organizzano e sorvegliano i loro percorsi diagnostici e terapeutici in funzione del differente livello di complessità della malattia. L'andamento delle patologie respiratorie croniche è infatti altalenante e anche se non è possibile stabilire prognosticamene se e quando si verificherà un episodio di riacutizzazione è però certo che ogni riacutizzazione accelera il decorso della malattia e aumenta il grado di disabilità spesso conducendo all' insufficienza respiratoria conclamata.
Per quanto riguarda l'insufficienza respiratoria cronica, per la gestione delle sue frequenti fasi di acuzie si sono sviluppate in Italia le Unità di terapia intensiva e intensiva-intermedia respiratoria. Il più recente censimento ha evidenziato nel nostro Paese un aumento delle stesse, una buona efficacia in termini di mortalità ed un incremento della complessità dei pazienti trattati. In questa fase i pazienti devono essere avviati all' ossigeno e/o alla ventilo terapia (VM) domiciliare, secondo criteri definiti e sulla base del tipo di IR sviluppata.
L' ossigeno può essere erogato al domicilio in forma gassosa, liquida o tramite concentratore. La forma liquida è quella più largamente utilizzata. La disponibilità di ossigeno liquido consente ai pazienti maggiore mobilità con relativa discreta autonomia se si utilizzano erogatori portatili facilmente approvvigionabili dalla bombola madre. La sicurezza del mantenimento delle bombole di O2 liquido al domicilio deve ritenersi di buon livello. I concentratori stanno da poco riscuotendo maggiore successo di impiego in funzione della diminuita rumorosità e dal minore consumo rispetto ai modelli più datati. Attualmente sono disponibili modelli portabili che possono funzionare anche in auto/treno/aereo. Rispetto all'ossigeno liquido presentano una ancora ridotta possibilità di erogare flussi medio-elevati, con una problematica relativa alla purezza dell'ossigeno erogato. Il costo energetico è a carico delle famiglie anche se può essere dato accesso al bonus previsto dalle norme. Nella scelta tra le due diverse fonti di somministrazione si deve tenere conto della tipologia e delle necessità del paziente e del rapporto costo/beneficio; appare comunque indicata la prescrizione di un concentratore in tutti i casi di non mobilità del paziente.
Per quanto riguarda la VM domiciliare il suo impiego in pazienti BPCO va riservato a soggetti selezionati, che presentino ipercapnia, frequenti episodi di riacutizzazione dell'insufficienza respiratoria cronica ed eventuali precedenti ricoveri in UTI con necessità di ventilazione invasiva.

Il paziente respiratorio cronico (sia affetto da BPCO che da IR), necessita sempre di cure e monitoraggio attenti, per prevenire l'instabilità clinica, alla base del suo progressivo deterioramento. Tale monitoraggio non può prescindere dalla competenza del paziente/Caregiver nell'autogestione della malattia, da controlli clinici periodici, valutazione e cura delle comorbilità, sostegno psicologico, sostegno sociale

La presenza di multi-morbilità, caratteristica quasi patognomonica dei pazienti con BPCO avanzata e/o IRC, richiede una buona condivisione dei percorsi terapeutici-gestionali tra diverse figure professionali mediche e non mediche, possibilmente all' interno di una rete di patologia che possa garantire al paziente percorsi appropriati sia nella fase di stabilità che nella fase di acuzie. Il paziente respiratorio cronico necessita quindi di cure integrate con un approccio personalizzato

Tale approccio è volto a evitare, o almeno a ridurre al minimo, il ricorso alle ospedalizzazioni, fattore prognostico negativo per il paziente oltre che carico elevatissimo per i sistemi sanitari. Ne consegue che la scelta di privilegiare il "setting" territoriale-domiciliare per la gestione di tali pazienti richiede percorsi di cura specifici, tarati sulle esigenze del paziente e della sua famiglia, organicamente integrati in un'ottica di continuità assistenziale. La costituzione di una rete di patologia garantirebbe ad ogni paziente BPCO/IRC risposte adeguate ai propri bisogni assistenziali, permettendo contemporaneamente al Sistema sanitario di monitorare e identificare in tempi rapidi le situazioni di criticità eventualmente emergenti e di allocare razionalmente risorse laddove necessario.

Nella gestione della BPCO/IRC gioca un ruolo importante la presa in carico ed il percorso riabilitativo finalizzato al massimo recupero possibile della disabilità e della restrizione di partecipazione in base alle condizioni cliniche ed alla situazione contestuale dell'individuo. Un approccio non farmacologico comprendente un graduale allenamento allo sforzo e modalità specifiche di valutazione e trattamento che vanno a comporre un progetto riabilitativo complesso, individualizzato e globale da monitorare, ove possibile, anche a distanza (tele-riabilitazione). Il progressivo declino dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana e l'isolamento sociale possono essere ostacolate anche mediante iniziative, non strettamente riabilitative, finalizzate al mantenimento di attività fisica adattata al livello di disabilità e di una vita di relazione qualitativamente adeguata.

La necessità di avvalersi di una rete assistenziale è particolarmente sentita per la gestione dell'IRC in età pediatrica; in questi casi la rete deve assumere una connotazione spiccatamente "socio-sanitaria" e includere i servizi responsabili della gestione dei percorsi di cura in ambito sociale, scolastico, ecc. (PLS, Centro specialistico, Caregiver, Cure domiciliari, Servizi sociali, Servizi scolastici, Ospedale di comunità).

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA SECONDARIA A PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI

Nella maggior parte di casi l'assistenza sanitaria alle persone con IRC da patologie neuromuscolari (MNM) avviene in strutture ospedaliere per acuti in corrispondenza della prima diagnosi o di uno snodo funzionale peggiorativo della storia di malattia. Qui non sempre esiste un'integrazione fra i vari interventi effettuati (gestione pneumologica ed assistenza ventilatoria, studio della deglutizione e valutazione nutrizionale, interventi fisioterapici, prescrizione di ausili) e non sempre la dimissione è adeguatamente programmata. Altre volte l'assistenza viene effettuata in reparti di neuro-riabilitazione o unità operative pneumologiche. Infine, al momento della dimissione spesso vi è carenza di un formale coinvolgimento del Distretto sanitario attraverso una specifica dimissione programmata e la persona viene presa in carico dalla famiglia e dal MMG/PLS senza altri specialisti di riferimento sul territorio né collegamento funzionale con l'ospedale.

L'assistenza parte da una diagnosi precoce in strutture specializzate e si sviluppa in una serie di interventi sanitari multidisciplinari di varia intensità richiesti in funzione del grado di compromissione funzionale respiratoria e di perdita di autonomia della persona, della fase di evoluzione della malattia di base e del tipo di supporto offerto dal contesto ambientale in cui il malato è inserito.

L'assistenza deve tenere conto in modo imprescindibile della centralità e unitarietà della persona malata e deve essere caratterizzata da una stretta integrazione degli interventi effettuati e da un coordinamento in rete dei soggetti e servizi coinvolti all'interno di una presa in carico unitaria della persona, non diversamente da quanto richiede l'IR secondaria alla BPCO.

Vengono di seguito elencate le principali criticità, gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici, le linee di intervento proposte, i risultati attesi ed alcuni indicatori di monitoraggio

Principali criticità

- Scarsa conoscenza dei fattori di rischio.
- Scarsa attenzione alla BPCO come problema grave di sanità pubblica.
- Insufficiente sensibilizzazione dei MMG.
- Insufficiente formazione dei professionisti sanitari.
- Scarsa aderenza dei pazienti con BPCO alla terapia farmacologica e riabilitativa.
- Scarsa aderenza dei pazienti con BPCO alla profilassi.
- Inappropriatezza delle prescrizioni dell'ossigenoterapia domiciliare e della ventilo-terapia domiciliare.
- Scarsa diffusione delle nuove tecnologia di monitoraggio e terapia a distanza.
- Scarsa diffusione di programmi di assistenza palliativa per la BPCO e l'IRC in fase avanzata.
- Carenza di interventi utili per ritardare l'insorgenza dell'insufficienza respiratoria.
- Carente integrazione degli interventi in reparti per acuti (diagnosi e trattamento delle riacutizzazioni).
- Assenza di coordinamento tra Distretto sanitario e reparto per acuti.

Obiettivi generali

- Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio collegati a livello politico e sociale.
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente al suo domicilio, utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate.
- Migliorare l'aderenza alla profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa.
- Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere.

Obiettivi specifici

- Cessazione del fumo.
- Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor - educazione sanitaria.
- Educazione del paziente/Caregiver all'autogestione della malattia.
- Prevenzione delle riacutizzazioni.
- Miglioramento della qualità sia clinica sia strutturale, tecnologica e operativa delle strutture di cura.
- Sensibilizzare a attivare la formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti.
- Prevenire infezioni ricorrenti.
- Favorire gli interventi di riabilitazione respiratoria.
- Garantire presa in carico unitaria della persona con IRC da MNM.
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

Linee di intervento proposte

1. Implementare una carta di rischio respiratorio.
2. Incrementare programmi e adottare strumenti che aumentino la consapevolezza sulla patologia.

3. Implementare l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale adottando i PTDA.
4. Incrementare programmi che sviluppino l'empowerment del paziente e che rendano i professionisti sanitari e non sanitari consapevoli dell'importanza dell'aderenza sia farmacologica che tecnologica individuando strumenti che facilitino la compliance.
5. Strutturare in maniera appropriata l'assistenza domiciliare (ossigenoterapia, ventilo-terapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita.
6. Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei a livello nazionale.
7. Implementare la riabilitazione respiratoria.
8. Messa a regime dei modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina).
9. Sensibilizzazione e formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti.
10. Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del Caregiver.
11. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare l'ossigenoterapia, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale

Risultati attesi

- Aumento della popolazione curata a domicilio anche attraverso forme di teleassistenza.
- Riduzione dell'ospedalizzazione.

Indicatori proposti (monitoraggio)

- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC.
- % di popolazione con BPCO grave e IRC inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni.
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa rispetto al trend dell'anno precedente.

Di seguito si riportano alcuni ulteriori indicatori utili per il monitoraggio

- *n. ex fumatori*
- *n. fumatori attivi < 20 anni*
- *n. fumatori > 20 anni*
- *n° di spirometrie in pazienti con sospetta BPCO*
- *n. accessi al PS*
- *n° ricoveri ospedalieri per DRG 87-88*
- *prestazioni di monitoraggio della funzionalità respiratoria (spirometria)*
- *frequenza e gravità delle riacutizzazioni*

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA IN ETÀ EVOLUTIVA

MACRO ATTIVITA'
- Integrazione sociosanitaria
- Deospedalizzazione e domiciliarità
- Gestione della transizione

MINISTERO DELLA SALUTE

AGENAS

REGIONE

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Promuovere l'intervento riabilitativo (respiratorio o ventilatorio) precoce
2. Promuovere l'attivazione di una rete territoriale per i pazienti pediatrici in IRC
3. Elaborare protocolli diagnostici terapeutici condivisi
4. Definire e applicare percorsi per la domiciliazione dei bambini con insufficienza respiratoria cronica, finalizzata a ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri e a favorire l'assistenza al domicilio sul territorio di competenza
5. Promuovere attività di formazione del Caregiver primari (normalmente i genitori), degli infermieri delle cure domiciliari e dei medici del territorio con tutoraggio costante da parte delle unità specialistiche di riferimento, anche attraverso il supporto di tecnologie, quali la telemedicina.
6. Assicurare sostegno anche psicologico alla famiglia.

OBIETTIVI GENERALI
- Favorire la deospedalizzazione e la domiciliarità
- Promuovere il controllo e l'inquadramento diagnostico-terapeutico dei pazienti con disabilità complessa, che presentino problemi di insufficienza respiratoria cronica (IRC).
- Favorire l'integrazione e l'inclusione in ambienti scolastici e di vita quotidiana

OBIETTIVI SPECIFICI
- Promuovere la gestione dei pazienti da parte dei medici curanti e degli ospedali di comunità, offrendo modalità di lavoro "in rete" con i Centri specialistici e portando sul territorio la sede primaria di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari.
- Favorire l'assistenza domiciliare e le possibilità di integrazione-inclusione in ambito scolastico e formativo
- Incrementare i processi formativi dei sanitari e del personale sanitario non medico.
- Favorire il coinvolgimento familiare e il supporto psicologico.

RISULTATI ATTESI
- Aumento dei percorsi di integrazione sociosanitaria
- Aumento dei percorsi per la domiciliazione dei bambini con insufficienza respiratoria anche attraverso un supporto tecnologico

INDICATORI
- Numero di ricoveri/giornate di degenza/paziente
- Numero di riacutizzazioni respiratorie: Paziente/anno
- % di soggetti curati al proprio domicilio

INQUADRAMENTO GENERALE

L'insufficienza respiratoria cronica in età pediatrica può dipendere da condizioni congenite o acquisite; molto spesso si riscontra in corso di malattie rare con interessamento contemporaneo di più organi ed apparati, presenza di quadri clinici complicati e di bisogni assistenziali complessi. Essa assorbe il 35% della spesa sanitaria attribuita alla pediatria ed è responsabile del 70% dei ricoveri in terapia intensiva.
L'esperienza degli ultimi anni e lo sviluppo di una specifica letteratura internazionale ha evidenziato che il razionale dell'assistenza di questi pazienti deve basarsi sulla assistenza domiciliare, possibile solo se si realizza il modello di "rete socio sanitaria" (Centro specialistico, ospedale di comunità, Pediatra di famiglia, servizi di cure domiciliari, Caregiver, servizi sociali).

Vengono di seguito elencate le principali criticità, gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici, le linee di intervento proposte, i risultati attesi ed alcuni indicatori di monitoraggio

Principali criticità

- Carenza di informazioni:
  a) sul numero di bambini in ossigenoterapia a lungo termine;
  b) sul numero di portatori di tracheotomia per insufficienza respiratoria cronica;
  c) sulle modalità di assistenza adottate nel territorio regionale.
- Difficoltà nell'integrazione e inclusione a livello scolastico.

Obiettivi generali

- Favorire la deospedalizzazione e la domiciliarità.
- Promuovere il controllo e l'inquadramento diagnostico-terapeutico dei pazienti con disabilità complessa, che presentino problemi di insufficienza respiratoria cronica (IRC).
- Favorire l'integrazione e l'inclusione in ambienti scolastici e di vita quotidiana.

Obiettivi specifici

- Promuovere la gestione dei pazienti da parte dei medici curanti e degli ospedali di comunità, offrendo modalità di lavoro "in rete" con i Centri specialistici e portando sul territorio la sede primaria di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari.
- Favorire l'assistenza domiciliare e le possibilità di integrazione-inclusione in ambito scolastico e formativo
- Incrementare i processi formativi dei sanitari e del personale sanitario non medico.
- Favorire il coinvolgimento familiare e il supporto psicologico.

Linee di intervento proposte

1. Promuovere l'intervento riabilitativo (respiratorio o ventilatorio) precoce.
2. Promuovere l'attivazione di una rete territoriale per i pazienti pediatrici in IRC.
3. Elaborare protocolli diagnostici terapeutici condivisi.
4. Definire e applicare percorsi per la domiciliazione dei bambini con insufficienza respiratoria cronica, finalizzati a ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri e a favorire l'assistenza al domicilio sul territorio di competenza.
5. Promuovere attività di formazione dei Caregiver primari (normalmente i genitori), degli infermieri delle cure domiciliari e dei medici del territorio con tutoraggio costante da parte delle unità specialistiche di riferimento, anche attraverso il supporto di tecnologie, quali la telemedicina.
6. Assicurare sostegno anche psicologico alla famiglia.

Risultati attesi

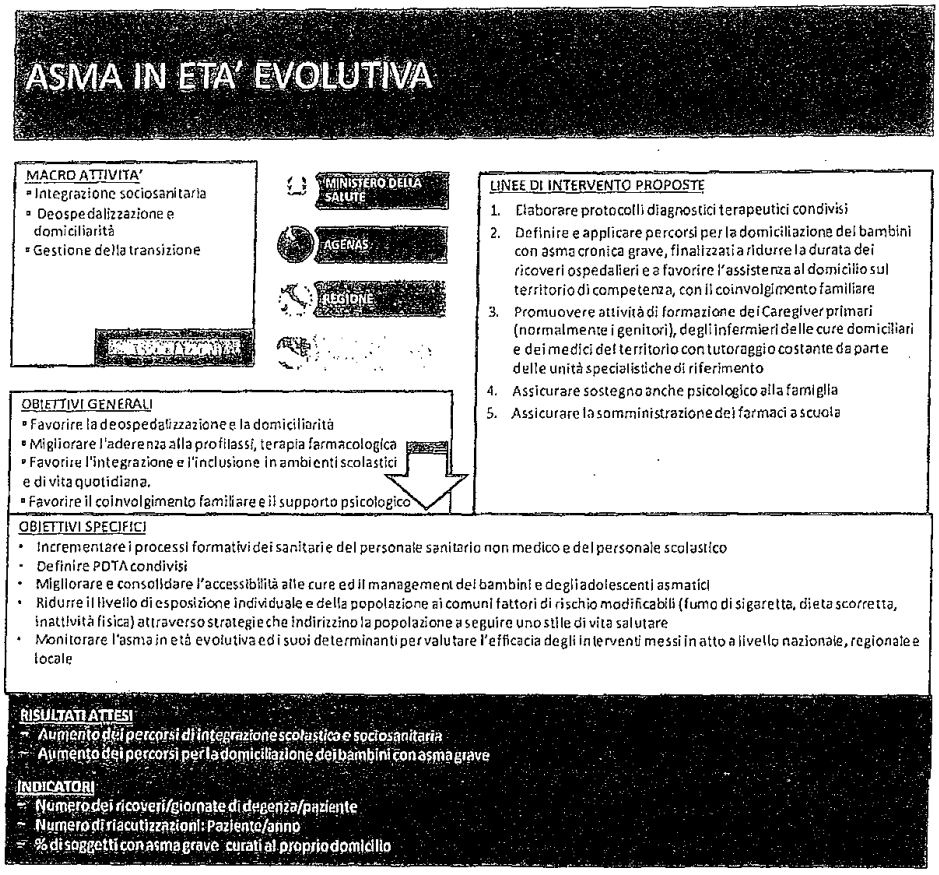
- Aumento dei percorsi di integrazione sociosanitaria.
- Aumento dei percorsi per la domiciliazione dei bambini con insufficienza respiratoria anche attraverso un supporto tecnologico.

Indicatori proposti (monitoraggio)

- Numero di ricoveri dei ricoveri/giornate di degenza/paziente.
- Numero di riacutizzazioni respiratorie: Paziente/anno.
- % di soggetti curati al proprio domicilio.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI



INQUADRAMENTO GENERALE

L' Asma è una malattia infiammatoria cronica che causa sintomi quali respiro sibilante, difficoltà di respiro, costrizione toracica e tosse, che variano nel tempo per occorrenza, frequenza ed intensità. I sintomi sono associati con ostruzione variabile del flusso espiratorio e possono essere scatenati o peggiorati da fattori quali infezioni virali, allergeni, fumo di tabacco, inquinanti outdoor e indoor, esercizio fisico e stress.
Lo studio SIDRIA nel 2002 (Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) ha fornito dati di prevalenza di asma nella vita del 9.3% nei bambini (6-7 anni) e del 10.3% negli adolescenti (13-14 anni); la frequenza di asma grave era, rispettivamente, 1,6% e 2.3%.
I costi diretti dell'asma bronchiale (dal 1999 riconosciuta nella lista delle malattie croniche ed invalidanti ai sensi del DM 329/99) costituiscono tra l'1 ed il 2% della spesa sanitaria italiana complessiva; i costi indiretti rappresentano oltre il 50% dei costi complessivi includendo anche il 31% delle assenze scolastiche che causano assenze dal lavoro per i genitori, a cui vanno aggiunti i costi in termini di disagio/qualità della vita del paziente e della sua famiglia. Il Libro bianco 2011 riporta che nel 2007 l'asma era tra i primi 10 DRG medici per numerosità di dimissioni nella fascia di età 0-17 in regime di ricovero ordinario.

Negli anni 2009–2011 il numero delle ospedalizzazioni per asma è stato di 14,389 (tasso annuale medio 0.52 per 1,000 abitanti) con ampia variabilità tra regioni (oltre 5 volte la media nazionale in Liguria e nelle regioni del Sud); in bambini di età 2-4 anni il rischio di ospedalizzazioni è 14 volte più alto che negli adolescenti, e si riduce a 4 nei bambini di età 5-9 anni e ad 1.1 in quelli di 10-14 anni. Nel 2012 la Regione Europea dell'OMS ha riportato per l'Italia 6292 casi di dimissione ospedaliera per asma in bambini di età <1-14 anni.

Il documento di strategia del GARD-Italia del 2009 fornisce una stima dell'offerta pneumologica ed allergologica pediatrica. Le strutture pediatriche per malattie respiratorie operanti sul territorio nazionale erano circa 600, comprendenti 10 Centri Regionali per i Disturbi del Sonno, 14 Centri Regionali Allergologia e/o Asma, 297 Ambulatori di Allergologia, 104 Attività di Allergologia-Pneumologia in Day-hospital, 127 Ambulatori di Pneumologia Pediatrica, 126 Attività di Fisiopatologia Respiratoria Pediatrica.

Un approccio razionale deve perseguire il miglior controllo possibile della malattia attraverso l'aderenza al piano di trattamento previsto dalle Linee Guida GINA; la riduzione della frequenza delle riacutizzazioni attraverso il controllo e la riduzione dei fattori di rischio modificabili; la riduzione dell'invalidità attraverso programmi di riabilitazione.

Principali criticità:

- mancanza di dati aggiornati di prevalenza;
- eccessivo ricorso all'ospedalizzazione in alcune regioni;
- scarsa aderenza alle Linee Guida;
- scarsa diffusione dell'uso della spirometria semplice come strumento di screening e nel monitoraggio;
- scarsa diffusione della strumentazione diagnostica avanzata per la valutazione completa della funzione polmonare nei bambini di età prescolare (in particolare di età inferiore ai 3 anni);
- ridotto utilizzo dell'Immunoterapia specifica nella prevenzione e cura dell'asma allergico;
- eccessiva variabilità tra le regioni nella gestione a lungo termine dell'asma persistente.

Obiettivi generali

- Favorire la deospedalizzazione e la domiciliarità.
- Migliorare l'aderenza alla profilassi e alla terapia farmacologica.
- Favorire l'integrazione e l'inclusione in ambienti scolastici e di vita quotidiana.
- Favorire il coinvolgimento familiare e il supporto psicologico.

Obiettivi specifici

- incrementare i processi formativi dei sanitari e del personale sanitario non medico e del personale scolastico;
- definire PDTA condivisi;
- migliorare e consolidare l'accessibilità alle cure ed il management dei bambini e degli adolescenti asmatici;
- ridurre il livello di esposizione individuale e della popolazione ai comuni fattori di rischio modificabili (fumo di sigaretta, dieta scorretta, inattività fisica) attraverso strategie che indirizzino la popolazione a seguire uno stile di vita salutare;
- monitorare l'asma in età evolutiva ed i suoi determinanti per valutare l'efficacia degli interventi messi in atto a livello nazionale, regionale e locale.

Linee di intervento proposte

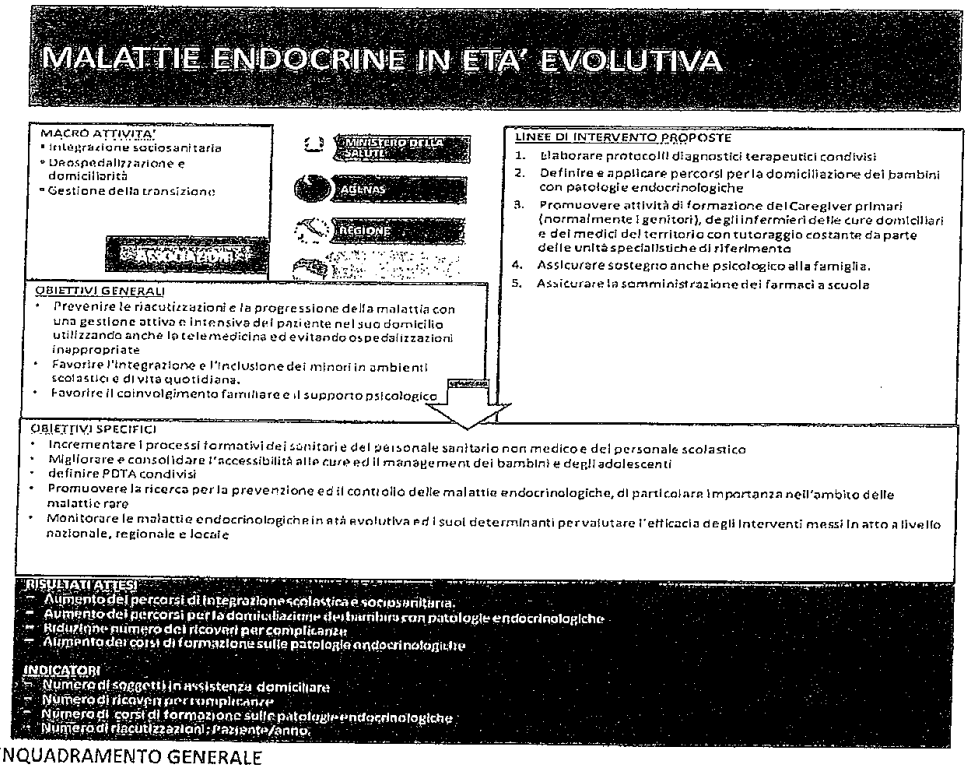
1. Elaborare protocolli diagnostici terapeutici condivisi.
2. Definire e applicare percorsi per la domiciliazione dei bambini con asma cronica grave, finalizzati a ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri e a favorire l'assistenza al domicilio sul territorio di competenza, con il coinvolgimento familiare.
3. Promuovere attività di formazione dei Caregiver primari (normalmente i genitori), degli infermieri delle cure domiciliari e dei medici del territorio con tutoraggio costante da parte delle unità specialistiche di riferimento.
4. Assicurare sostegno anche psicologico alla famiglia.
5. Assicurare la somministrazione dei farmaci a scuola.

Risultati attesi

- Aumento dei percorsi di integrazione scolastica e sociosanitaria.
- Aumento dei percorsi per la domiciliazione dei bambini con asma grave

Indicatori proposti (monitoraggio)

- Numero di ricoveri dei ricoveri/giornate di degenza/paziente.
- Numero di riacutizzazioni/Paziente/anno.
- % di soggetti con asma grave curati al proprio domicilio.



INQUADRAMENTO GENERALE

L'endocrinologia pediatrica comprende un insieme di condizioni che vanno dalle endocrinopatie congenite, alle malattie endocrine rare, al diabete nelle sue diverse forme, fino alle complicanze endocrine delle malattie croniche, compresi i tumori e le sindromi malformative, l'anoressia nervosa e altre ancora. Rientrano, inoltre, tra le sue competenze la gestione di un vero e proprio problema di sanità pubblica, quale l'obesità del bambino e dell'adolescente e l'inquadramento e la cura di disturbi dell'accrescimento e della maturazione puberale.

A seguito delle migliorate capacità diagnostiche e potenzialità terapeutiche, il numero di pazienti affetti da tali malattie seguiti presso centri di endocrinologia e diabetologia pediatrica è in continuo aumento. Trattasi spesso di forme croniche, nella maggioranza irreversibili, che richiedono terapia e follow-up per molti anni. In Italia attualmente si stima che oltre 2 milioni di bambini ed adolescenti si rivolgano ai centri di endocrinologia e diabetologia pediatrica dove la maggioranza di loro viene seguita regolarmente. Tale stima si basa sulla frequenza documentata di malattie quali il diabete, l'obesità/sovrappeso (oltre il 10 % fino al 20-30% della popolazione pediatrica), disturbi dell'accrescimento (oltre il 2% della popolazione pediatrica), la sindrome adrenogenitale, l'ipotiroidismo congenito ed acquisito, i pazienti sopravvissuti a tumori maligni, e le malattie rare. Per quanto attiene a queste ultime, dati recenti evidenziano che 1/3 delle malattie rare sono seguite presso i centri di endocrinologia e diabetologia pediatrica. Per la maggior parte delle patologie endocrine, sia primitive che secondarie ad altre malattie, il modello assistenziale più efficace ed efficiente consiste nella "presa in carico" del paziente nell'ambito di un'organizzazione adeguata al livello di complessità della malattia.

Un approccio razionale alle malattie endocrine nell'età pediatrica dovrebbe considerare le malattie nelle loro diverse fasi e prevedere modalità di assistenza e di cura organizzate per intensità e complessità articolate su strutture di II° livello, generalmente ospedaliere, di elevata specializzazione e strutture territoriali di I° livello di media o bassa intensità. Le strutture di endocrinologia pediatrica, in funzione del quadro epidemiologico e dell'organizzazione già esistente, dovrebbero prevedere la presenza di personale medico e non medico dedicato.

Principali criticità:

- E' carente l'approccio alle problematiche endocrinologiche connesse al periodo prenatale.
- Scarsa diffusione delle reti assistenziali, con conseguenti ritardi diagnostici, esami ripetuti, ecc. e carente interazione tra i centri specialistici e i pediatri di famiglia.
- Necessità di elaborare linee guida o raccomandazioni condivise tra le Società scientifiche interessate, sulla base di Evidence Based Medicine, per definire i PDTA e guidare i percorsi assistenziali regionali.
- Necessità di ridurre il livello di inappropriatezza sia clinica sia organizzativa
- Va favorito l'utilizzo appropriato delle tecnologie avanzate che incide sul costo/efficienza della diagnosi
- Carenza di adeguato supporto psicologo alle famiglie

Obiettivi generali

- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate
- Favorire l'integrazione e l'inclusione dei minori in ambienti scolastici e di vita quotidiana.
- Favorire il coinvolgimento familiare e il supporto psicologico

Obiettivi specifici

- Incrementare i processi formativi dei sanitari e del personale sanitario non medico e del personale scolastico
- migliorare e consolidare l'accessibilità alle cure ed il management dei bambini e degli adolescenti;
- definire PDTA condivisi;
- promuovere la ricerca per la prevenzione ed il controllo delle malattie endocrinologiche, di particolare importanza nell'ambito delle malattie rare;
- monitorare le malattie endocrinologiche in età evolutiva ed i suoi determinanti per valutare l'efficacia degli interventi messi in atto a livello nazionale, regionale e locale

Linee di intervento proposte

1. Elaborare protocolli diagnostici terapeutici condivisi.
2. Definire e applicare percorsi per la domiciliazione dei bambini con patologie endocrinologiche
3. Promuovere attività di formazione dei Caregiver primari (genitori), degli infermieri delle cure domiciliari e dei medici del territorio con tutoraggio costante delle unità specialistiche di riferimento.
4. Assicurare sostegno anche psicologico alla famiglia.
5. Assicurare la somministrazione dei farmaci a scuola

Risultati attesi

- Potenziamento dei percorsi di integrazione scolastica e sociosanitaria.
- Aumento dei percorsi per l'assistenza domiciliare dei bambini con patologie endocrinologiche

- Riduzione numero dei ricoveri per complicanze
- Aumento dei corsi di formazione sulle patologie endocrinologiche

Indicatori

- Numero dei ricoveri per complicanze di patologie endocrinologiche
- Numero di soggetti in assistenza domiciliare
- Numero dei corsi di formazione sulle patologie endocrinologiche
- Numero di riacutizzazioni/paziente/anno.

MALATTIE RENALI CRONICHE IN ETA' EVOLUTIVA

MACRO ATTIVITA'
- Integrazione sociosanitaria
- Deospedalizzazione e domiciliarità
- Gestione della transizione

MINISTERO DELLA SALUTE
REGIONI
AZIENDA SANITARIA
ASSOCIAZIONI DI TUTELA DEI MALATI CRONICI

OBIETTIVI GENERALI
- Identificare precocemente i soggetti in età evolutiva a rischio di sviluppare malattie renali croniche.
- Individuare precocemente la MRC (stadio 1-2).
- Ritardare l'insorgenza dell'insufficienza renale.
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate

OBIETTIVI SPECIFICI
- Sviluppo di registri di malattie nefrologiche allo scopo di standardizzare e migliorare la diagnosi e il trattamento di tali patologie e raccogliere dati sull'evoluzione a lungo termine delle malattie iniziate in età pediatrica.
- Creazione di reti regionali diagnostico-assistenziali di nefrologia pediatrica, sul modello di quelle già presenti in alcune regioni, per la definizione di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi.
- Sviluppo di percorsi organizzativi mirati alla transizione del paziente dai centri pediatrici a quelli dell'adulto, secondo un modello condiviso con la nefrologia dell'adulto.
- Necessità di assistenza domiciliare in alcuni casi con particolari difficoltà socio-sanitarie.

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE
1. Favorire la formazione dei PLS per la individuazione precoce delle malattie renali croniche e dei soggetti a rischio e promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie
2. Sperimentare modelli di transizione dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto
3. Sperimentare modelli di dialisi domiciliare sia peritoneale che di emodialisi utilizzando strumenti di teledialisi assistita.
4. Favorire l'individuazione dei fattori di progressione della malattia renale e delle sue traiettorie.
5. Promuovere il rispetto dei criteri di personalizzazione della terapia conservativa favorendo l'utilizzo appropriato dei prodotti aproteici.
6. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare la dialisi, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale.

RISULTATI ATTESI
- Riduzione della popolazione affetta da insufficienza renale cronica.
- Aumento, tra i soggetti in terapia dialitica, delle prestazioni domiciliari (dialisi peritoneale, emodialisi).
- Definizione dei criteri di personalizzazione delle terapie conservative e sostitutive.

INDICATORI
- % di pazienti con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da malattia renale cronica.
- Numero di soggetti con insufficienza renale cronica in teledialisi assistita.
- Numero di soggetti in dialisi domiciliare.

INQUADRAMENTO GENERALE

La valutazione della prevalenza dell'insufficienza renale cronica in età pediatrica si basa sui dati di Italkid (Pediatrics 2003), un registro di popolazione, esteso a tutto il territorio nazionale, istituito nel 1990 e che ha interrotto la sua attività il 31 dicembre del 2000. I criteri di inclusione nel registro erano una clearance della creatinina < 75 ml/min/1.73m2 ed età inferiore a 15 anni al momento della registrazione.
La prevalenza puntale dell'insufficienza renale cronica in Italia dedotta dal registro Italkid era 108 casi per milione di popolazione pediatrica. Questi dati sono confermati dallo studio condotto nella Regione Piemonte che indica una prevalenza di 96 bambini/milione bambini residenti nella regione (Acta Paediatr 2008). In prospettiva, ci si attende un dato in crescita a causa dell'aumento di bambini nati fortemente prematuri e di bambini obesi.
Da 25 anni è inoltre attivo un Registro Italiano di Dialisi Pediatrica che al momento raccoglie i bambini seguiti con tecnica extracorporea e peritoneale. A questo registro afferiscono tutti i centri di Nefrologia Pediatrica situati nel territorio nazionale. Dal registro emerge che i nuovi casi di bambini che entrano in dialisi ogni anno e che necessitano poi di trapianto di rene, sono tra 30 e 50 (con un rapporto di 60/40 tra dialisi peritoneale ed emodialisi), cui vanno aggiunti 10-20 bambini che effettuano il trapianto pre-emptive.
Per quanto riguarda la prevalenza, si stima che in Italia siano in questo momento in follow-up circa 100 bambini in trattamento dialitico e, dei circa 1900 trapianti renali eseguiti in Italia dal 1987, circa 6-800 sono ancora in follow-up in età pediatrica.
Le patologie che conducono a malattia renale cronica (CKD) nei primi anni di vita sono per lo più congenite/ereditarie, mentre alcune sono dovute a processi infiammatori o autoimmuni acquisiti nella seconda infanzia. Le anomalie congenite di sviluppo del rene e delle vie urinarie (CAKUT) e le nefropatie ereditarie sono responsabili di circa i 2/3 di tutte le CKD nei Paesi industrializzati, mentre le forme acquisite prevalgono nei Paesi emergenti (PediatrNephrol 2012), in parte per una probabile sotto diagnosi delle prime. Un'adeguata diagnostica prenatale, un'attenta diagnostica strumentale e di laboratorio e la diagnosi molecolare delle nefro-uropatie congenite, permettono una diagnosi precoce e un migliore follow-up del bambino con malattia renale cronica.
Molte altre patologie renali richiedono l'intervento del nefrologo pediatra e l'assistenza di strutture specializzate; tra queste, tutte le nefropatie ereditarie (Sindrome di Alport, Rene policistico di tipo recessivo, cistinosi, iperossaluria, nefronoftisi, etc), le malattie acquisite quali le glomerulonefriti primitive o secondarie, le sindromi nefrosiche cortico-dipendenti e cortico-resistenti e una serie di tubulopatie croniche con complicanze generalizzate gravi, anche se non associate a insufficienza renale cronica.
La malattia renale cronica in età pediatrica è particolarmente complessa, perché spesso si associa a malformazioni di altri organi e/o apparati, in un quadro di sindrome malformativa. Negli stadi terminali, ha un impatto devastante sulla qualità di vita del bambino e della sua famiglia, poiché - oltre al rischio cardiovascolare - comporta problemi specifici quali l'alterata crescita e la compromissione dello sviluppo psico-sociale (SeminNephrol 2009; Clin J AmNephrolSoc 2010; PediatrNephrol 2009 e 2014). Il trapianto di rene migliora sensibilmente la sopravvivenza, riduce la morbilità e permette un recupero rilevante della crescita e dello sviluppo, in particolare se eseguito pre-emptive e da donatore vivente.
Il bambino con malattia renale cronica deve pertanto essere preso in carico in unità operative specialistiche, dal nefrologo pediatra e da un'equipe multidisciplinare clinica e chirurgica, comprendente dietista, psicologa e assistente sociale, con competenze specifiche per l'età infantile, che pianifichi un programma di terapia conservativa, nutrizionale e correttiva di anomalie associate e, in un secondo momento, la dialisi e il trapianto in ambiente idoneo.
È importante porre l'accento sul fatto che una discreta percentuale di malattie che portano a insufficienza renale cronica in età adulta, originano in età pediatrica e quindi la diagnosi precoce è importante per

prevenire o rallentare il danno renale.
L'analisi della realtà italiana (Agenas 2011) e dell'esperienza internazionale porta a sostenere la necessità di una struttura complessa di Nefrologia pediatrica ogni 4-6.000.000 di abitanti, in grado di eseguire dialisi in bambini e neonati con malattia renale cronica ed acuta e una diagnostica e terapia specifica di tutte le malattie renali (per esempio biopsia renale e terapie con monoclonali). Per quanto riguarda il trapianto di rene pediatrico è stimato sufficiente un centro ogni 9-10 milioni di abitanti. Questi centri devono essere sviluppati in stretta associazione a centri specializzati di urologia pediatrica.

Principali criticità
- Ritardo nella diagnosi
- Frequente utilizzo di farmaci off-label nel trattamento del bambino con malattia renale cronica o altre patologie renali importanti, con conseguenti difficoltà di accesso.
- Disomogeneità territoriali nella fornitura di latte speciale (a basso contenuto di potassio e/o fosforo) e particolari alimenti, ancora esclusi dai Lea.
- Mancanza di un registro della malattia renale cronica in età pediatrica, in collaborazione con i registri esistenti di dialisi cronica e di trapianto renale.

Obiettivi generali
- Identificare precocemente i soggetti in età evolutiva a rischio di sviluppare malattie renali croniche.
- Individuare precocemente la MRC (stadio 1-2).
- Ritardare l'insorgenza dell'insufficienza renale.
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate

Obiettivi specifici
- Sviluppo di registri di malattie nefrologiche allo scopo di standardizzare e migliorare la diagnosi e il trattamento di tali patologie e raccogliere dati sull'evoluzione a lungo termine delle malattie iniziate in età pediatrica.
- Creazione di reti regionali diagnostico-assistenziali di nefrologia pediatrica, sul modello di quelle già presenti in alcune regioni, per la definizione di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi.
- Sviluppo di percorsi organizzativi mirati alla transizione del paziente dai centri pediatrici a quelli dell'adulto, secondo un modello condiviso con la nefrologia dell'adulto.
- Necessità di assistenza domiciliare in alcuni casi con particolari difficoltà socio-sanitarie.

Linee di intervento proposte
1. Favorire la formazione dei PLS per la individuazione precoce delle malattie renali croniche e dei soggetti a rischio e promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie
2. Sperimentare modelli di transizione dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto
3. Sperimentare modelli di dialisi domiciliare sia peritoneale che di emodialisi utilizzando strumenti di teledialisi assistita.
4. Favorire l'individuazione dei fattori di progressione della malattia renale e delle sue traiettorie.
5. Promuovere il rispetto dei criteri di personalizzazione della terapia conservativa favorendo l'utilizzo appropriato dei prodotti aproteici.
6. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare la dialisi, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale.

Risultati attesi

- Riduzione della popolazione affetta da insufficienza renale cronica.
- Aumento, tra i soggetti in terapia dialitica, delle prestazioni domiciliari (dialisi peritoneale, emodialisi).
- Definizione dei criteri di personalizzazione delle terapie conservative e sostitutive.

Indicatori proposti (monitoraggio)

- % di pazienti con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da malattia renale cronica.
- Numero di soggetti con insufficienza renale cronica in teledialisi assistita.
- Numero di soggetti in dialisi domiciliare.

ALLEGATI AL PIANO

Gli scenari della cronicità

Lo scenario internazionale [20]

Già durante il meeting delle Nazioni Unite sulle malattie croniche, nel settembre 2011, i leader mondiali si erano impegnati, con una dichiarazione politica ottenuta grazie a consultazioni regionali dell'OMS, riunioni ministeriali e audizioni della società civile, ad adottare azioni comuni per la prevenzione delle malattie croniche.

Il documento riconosceva l'impatto globale di queste malattie come una delle maggiori sfide per lo sviluppo, sociale ed economico, nel XXI secolo, sottolineando la necessità di un intervento rapido e coordinato che impegnasse i Governi e la società civile. L'Assemblea ha richiesto, quindi, l'impegno dei Governi a sviluppare piani multisettoriali di prevenzione e controllo delle malattie croniche e a definire obiettivi nazionali per focalizzare gli interventi e valutarne i progressi.

Recentemente, il summit europeo sulle malattie croniche (Bruxelles, 3-4 aprile 2014), ha sottolineato la necessità di uno sforzo comune per ottimizzare risorse ed energie; è stata inoltre sottolineata la necessità di una coalizione con la società per prevenire le malattie croniche, preservare il migliore stato di salute possibile e la sostenibilità di un sistema sanitario moderno, con l'obiettivo di massimizzare gli anni di vita in buona salute dei cittadini.

Nel documento conclusivo vengono identificati gli elementi chiave per una risposta complessiva contro le malattie croniche, e tra questi:

- *rafforzare la leadership politica per garantire un approccio coordinato e intersettoriale*, l'integrazione dei temi di salute in tutte le politiche è di fondamentale importanza;
- *promuovere la prevenzione agendo sui principali fattori di rischio* (tabacco, alcol, alimentazione, attività fisica) dando priorità alle persone più vulnerabili e a quelle a maggior rischio, offrendo incentivi per favorire cambiamenti di stile di vita e comportamentali;
- *ridisegnare/adattare i modelli di assistenza* per favorire una migliore integrazione fra i servizi e assicurare la continuità delle cure;
- *esplorare le possibilità offerte dalle moderne tecnologie*: e-health, ICT, grandi database (Big Data);
- *promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze sociali e di salute* che riguardano le fasce di popolazione più vulnerabile;
- *promuovere l'empowerment delle persone con malattie croniche* e dei cittadini in generale, focalizzando l'attenzione sui giovani anche attraverso l'uso dei social media;

[20] *Bibliografia – Sitografia*

1. *http://www.euro.who.int/en/what-we-do/event/regional-high-level-consultation on non-communicable diseases.*
2. *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060), European Economy 2/2012. European Commission. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf*

- *promuovere la partecipazione delle persone con malattie croniche e delle Associazioni di pazienti* nella definizione delle politiche sanitarie;
- *rafforzare la ricerca e lo sviluppo* di nuove terapie, tecnologie, metodi di trattamento e prevenzione per le più rilevanti patologie;
- *stimolare la valutazione e la disseminazione di informazioni* sugli interventi costo-efficaci per la prevenzione e il management delle malattie croniche con particolare attenzione agli interventi basati su prove di efficacia;
- *assicurare risorse adeguate.*

Testimonianza dell'impegno europeo, anche in risposta agli obiettivi posti dalle Nazioni Unite, è l'avvio di una "Joint action" (CHRODIS-JA) dedicata al contrasto delle malattie croniche e alla promozione dell'invecchiamento "in salute" nel corso della vita. L'obiettivo è quello di promuovere e facilitare un processo di scambio e trasferimento di buone pratiche tra i Paesi per un'azione efficace contro le malattie croniche, con un focus specifico sulla promozione della salute e la prevenzione delle malattie croniche, sulla co-morbosità e il diabete.

L'attività relativa alla promozione della salute e prevenzione si concentra su fattori di rischio comportamentali, i determinanti sociali e le disuguaglianze di salute. Il progetto prevede, inoltre, la realizzazione di una piattaforma web per lo scambio e la diffusione di informazioni per offrire a decisori, operatori sanitari, cittadini e ricercatori le informazioni più rilevanti sulle migliori prassi nelle malattie croniche concentrandosi principalmente su malattie cardiovascolari, ictus e diabete. L'avvio della Joint Action può rappresentare il primo passo per definire azioni comuni e coerenti per affrontare il tema della cronicità.

Per sostenere le attività degli Stati e documentare i risultati ottenuti, l'OMS conduce periodicamente indagini che consentono di stimare i trend di mortalità per le malattie croniche, la prevalenza di alcuni fattori di rischio e la capacità dei sistemi nazionali di rispondere alla sfida posta dal crescente aumento della diffusione di queste patologie.

Nel Rapporto *"Non communicable Diseases – Country Profiles 2014"* vengono riportati i dati relativi a 178 Paesi: di questi il 95% ha un dipartimento (una unità) del Ministero della salute dedicato alle malattie croniche, e la metà ha definito un piano operativo con un budget dedicato. Il numero di Paesi che ha condotto indagini recenti sulla prevalenza dei fattori di rischio è passata dal 30% del 2011 al 63% del 2013, a dimostrazione del fatto che si stanno ponendo le basi per un efficace controllo delle malattie croniche.

Lo scenario nazionale: 1. il livello centrale

I PIANI SANITARI NAZIONALI (PSN) E LA MODIFICA DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE

Gli ultimi Piani sanitari nazionali hanno riconosciuto alle patologie croniche un particolare rilievo in termini di impatto socio-sanitario, fissando obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza alla persona con cronicità.

Questi concetti sono stati sviluppati fin dal PSN 1994-1996 che ha dato indicazioni precise in direzione della deospedalizzazione e dell'integrazione tra le varie competenze sanitarie e sociali coinvolte nell'assistenza ai soggetti affetti da patologie croniche e della continuità delle cure, mentre il PSN 1998-2000 ha fornito un ulteriore e più deciso impulso alla gestione delle condizioni di cronicità, raccomandando di dare continuità agli interventi mirati al miglioramento della qualità di vita degli ammalati e dei loro familiari, sviluppando al contempo opportunità di partecipazione alla vita sociale. Da ultimo, il PSN 2006-2008 fa esplicito riferimento ad alcuni punti focali dell'azione del SSN: organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione; rimodellare le cure primarie; favorire la promozione del governo clinico e della qualità; potenziare i sistemi integrati di reti a livello nazionale, inter istituzionale(integrazione sociosanitaria), e tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie); promuovere l'innovazione e la ricerca; favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle Associazioni; attuare politiche per la qualificazione delle risorse umane.
L'attuale contesto istituzionale e normativo è stato modificato dal nuovo assetto dei rapporti tra lo stato e le Regioni ridefinito dalla modifica del titolo V della Costituzione e dalla individuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Il Dpcm 29 novembre 2001 e successive integrazioni ha rappresentato l'avvio di una nuova fase per la politica sanitaria: lo Stato, nelle sue articolazioni centrale e locale deve garantire ai cittadini un Servizio sanitario omogeneo in termini di qualità e quantità delle prestazioni erogate.

IL PROGRAMMA "GUADAGNARE SALUTE"

Seguendo le indicazioni dell'OMS e nella scia di quanto già proposto dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007 (vedi successivo paragrafo), in Italia, nel 2007, è stato approvato il Programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari"[21], una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica) attraverso l'attivazione di dinamiche intersettoriali (alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione, dello sport e dell'industria), al fine di promuovere e favorire corretti stili di vita da parte della popolazione nell'ottica di migliorare la salute e prevenire le principali patologie croniche.

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE (PNP)

Lo strumento fondamentale di pianificazione, messo in campo già dal 2005, è rappresentato dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Si tratta di un documento di respiro strategico che stabilisce, a livello nazionale, gli obiettivi e gli strumenti per la prevenzione che sono adottati a livello regionale con i Piani Regionali di Prevenzione (PRP).
Per quanto riguarda le malattie croniche non trasmissibili, il PNP 2014-2018 prevede, come macro obiettivo, la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità di tali patologie attraverso un approccio che comprenda strategie di popolazione (di comunità) e strategie sull'individuo.
La scelta è di intervenire principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare l'adozione di stili di vita corretti, implementando gli obiettivi del Programma nazionale "Guadagnare Salute", secondo i principi di "Salute in tutte le politiche". Qualora, invece, si fosse in presenza di soggetti già con fattori di rischio comportamentali o intermedi, la scelta strategica è di identificare

www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp

precocemente tali soggetti per indirizzarli, anche con l'ausilio del counselling motivazionale, verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare, ...) o terapeutico specifici (es. prescrizione attività fisica). I soggetti con patologia già in atto, invece, andranno avviati verso idonei percorsi di presa in carico.

IL "PIANO SULLA MALATTIA DIABETICA"

Il Piano è stato elaborato nell'ambito della Commissione Nazionale Diabete, istituita presso la Direzione generale per la Programmazione sanitaria al fine di proseguire l'attuazione della legge 115/87 e del relativo Atto di intesa del 1991.

Il documento è stato predisposto per dar seguito alle indicazioni europee con le quali si invitano gli Stati membri ad elaborare e implementare Piani nazionali per la lotta contro il diabete, tenuto conto dell'aumentata prevalenza della malattia e della possibilità di influenzare la sua storia naturale, riducendone il peso clinico, sociale ed economico.

Il Piano si propone di dare omogeneità ai provvedimenti e alle attività locali, fornendo indicazioni per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Nel pieno rispetto dei modelli organizzativi e delle specificità delle singole Regioni, esso definisce ampi obiettivi, linee prioritarie e indirizzi strategici, descrive modelli per ottimizzare la disponibilità e l'efficacia dell'assistenza, evidenzia le aree che richiedono ulteriore sviluppo.

Il documento è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012.

IL "PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE" (PON)

Con Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014è stata approvata una articolata pianificazione riguardante l'oncologia al fine di rafforzare l'azione delle Regioni e del Ministero nella lotta contro il cancro.

L'Intesa ha innanzitutto prorogato al 2016 la validità del "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro (a suo tempo approvato con Intesa 10/2/11). La dizione utilizzata nell'Intesa non è più "Piano oncologico" a seguito del confronto con le Regioni che, in coerenza alla impostazione di "*stewardship*" adottata dal Ministero, hanno, viceversa, considerato questo documento come un "indirizzo" e non un "piano".

Conseguentemente, l'obiettivo principale del documento è dare forti indicazioni su dove Stato e Regioni debbano indirizzare gli sforzi comuni al fine di migliorare ulteriormente la "presa in carico totale" del malato oncologico da parte del SSN. Il documento esplicita la cornice teorica di riferimento, le priorità condivise, gli obiettivi comuni.

L'Intesa del 30/10/2014, inoltre, prevede il recepimento di tre importanti documenti, predisposti da Gruppi di lavoro istituiti dal Ministero con esperti e rappresentanti del Coordinamento delle Regioni e PPA, che riguardano: 1) l'implementazione delle reti oncologiche, con l'identificazione di un set di obiettivi specifici e criteri di realizzazione da applicare nei possibili diversi modelli regionali); 2) l'uso delle risorse di sistema identificando, sulla base delle evidenze di letteratura, una serie di tecnologie a forte rischio di inappropriatezza e rispetto alle quali le Regioni sono chiamate a una verifica del loro uso con la prospettiva di potere, in relazione alle applicazioni specifiche, essere considerate pratiche dismissibili (il documento è intitolato "Buon uso delle risorse in oncologia"); 3) gli aspetti metodologici da utilizzare nella valutazione HTA in oncologia e criteri di priorità per indirizzare l'uso delle risorse disponibili alle valutazioni di HTA (il documento è intitolato "HTA e oncologia").

IL "PROGRAMMA NAZIONALE ESITI" (PNE)

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppa nel SSN la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come "stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari".
La struttura organizzativa del PNE è costituita all'interno di Agenas da: Direzione scientifica, Segreteria e Coordinamento; Comitato PNE (composto dai rappresentanti di Regioni, Province Autonome ed istituzioni scientifiche); Centro di riferimento operativo per progettazione, gestione, disegno ed analisi dati e gestione sito web (Dipartimento di Epidemiologia del Lazio); Rete dei programmi regionali di valutazione di esito. Il Ministero della salute garantisce l'autonomia, l'integrità e l'indipendenza delle valutazioni del Programma Nazionale Esiti, di cui la direzione scientifica è responsabile e di cui risponde. Il Piano adotta procedure per la prevenzione e la regolazione di conflitti di interesse.
Il PNE è costituito dalle funzioni di valutazione e livello nazionale e dalle funzioni di valutazione a livello regionale. In particolare promuove e supporta programmi regionali di valutazione di esito, che, per le caratteristiche di maggiore validità dei sistemi informativi regionali e locali, possono produrre valutazioni integrative, talora di maggiore validità, rispetto a quelle nazionali. Agenas attraverso il PNE collabora con le competenti strutture del Ministero della salute e delle Regioni e PP.AA. per lo sviluppo e l'integrazione di tutti i sistemi informativi del SSN, ai fini della loro utilizzazione nelle valutazioni di esito.

IL "DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA MALATTIA RENALE CRONICA"

Con accordo Stato-Regioni del 5 agosto 2014 è stato approvato il "Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica". L'accordo delinea il modello di riferimento adottato dal Ministero della Salute e dalle Regioni per la definizione delle strategie di governo in tema di prevenzione e contempla nel merito l'emanazione di uno strumento tecnico di indirizzo. In particolare l'accordo traccia le indicazioni per la prevenzione primaria, diagnosi precoce e la definizione dei percorsi di cura e evidenzia la necessità di istituire un registro di patologia.
Tale documento è stato redatto come attuazione del precedente Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di approvazione del "Documento di indirizzo per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo" del 26 settembre 2012, che prevedeva l'istituzione di appositi tavoli di lavoro.
Il Tavolo in parola ha sviluppato le linee di attività dell'Accordo suddetto, individuando le azioni più efficaci per prevenire la comparsa e/o l'aggravamento della MRC, a partire dagli stadi più precoci, al fine di ritardare il ricorso alla terapia sostitutiva. Al termine dei lavori, il gruppo in parola ha prodotto il "Documento di indirizzo per la malattia renale cronica".

IL PIANO NAZIONALE PER LE MALATTIE RARE (PNMR)

La predisposizione dello schema di PNMR risponde all'impegno, richiesto dalla Commissione e dal Consiglio d'Europa agli Stati membri attraverso la Raccomandazione 2009/C 151/02, di adottare un Piano nazionale per le MR entro il 2013. Il PNMR è stato approvato in Conferenza S/R con accordo del 16 ottobre 2014. I contenuti del documento sono funzionali all'esigenza di dare unitarietà all'insieme delle azioni già intraprese nel nostro Paese nel settore delle malattie rare (MR) e alla necessità sempre più impellente di condividere una strategia nazionale di pianificazione delle attività.

Le politiche di sviluppo dell'assistenza per le MR, le strategie, gli obiettivi e le azioni illustrati dallo schema di PNMR sono, quasi interamente, già delineate in precedenti interventi normativi che hanno individuato nelle malattie rare un'area di priorità nella Sanità pubblica e hanno confermato l'interesse per questo settore.

L'obiettivo principale del Piano è, quindi, quello di fornire un complesso di indicazioni utili ad affrontare il problema delle MR in maniera organica, suggerendo strumenti di governo del sistema da attuarsi ai diversi livelli istituzionali, in continuità con quanto indicato da precedenti documenti di programmazione (schemi di PSN) per le aree assistenziali di interesse: le cure primarie, palliative, di riabilitazione e dell'assistenza domiciliare.

IL PIANO NAZIONALE DEMENZE

Il Ministero della Salute ha avviato, a settembre 2013, il percorso per la formulazione di un "Piano di azioni nazionale nel settore delle demenze", allo scopo di dotare finalmente il nostro Paese di una strategia globale ed integrata per fare fronte alla vera e propria emergenza che il fenomeno rappresenta, soprattutto nelle aree ad alto indice di invecchiamento come l'Italia. La metodologia scelta dal Ministero è stata quella di costruire l'intero percorso di definizione del Piano insieme a tutte le Regioni, coinvolgendo anche direttamente le tre principali Associazioni nazionali di utenti e familiari e gli esperti individuati dall'Istituto Superiore di Sanità.

Il Piano è stato approvato come Accordo in Conferenza Unificata nella seduta del 30 Ottobre 2014.

A tal fine il "Piano nazionale demenze" intende fornire indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura.

IL PIANO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE EPATITI VIRALI (PNEV)

Il PNEV è un documento programmatico le cui finalità sono quelle di affrontare efficacemente i temi della prevenzione e cura delle epatiti virali in Italia, attraverso il coinvolgimento di tutti gli stakeholder di sistema (Istituzioni, pazienti e medici), come previsto dalle risoluzioni OMS 63.18 e 67.6.

Il cardine del PNEV è quello di assicurare un approccio omogeneo a livello regionale, mettendo in atto politiche di armonizzazione e azioni finalizzate a comprendere l'epidemiologia, a sensibilizzare pazienti, cittadini e operatori sanitari, ad attivare network tra i diversi stakeholder (centri epatologici, istituzioni, associazioni pazienti) per attuare un continuo monitoraggio e miglioramento dell'accesso alle cure, indirizzando gli investimenti e rendendoli costo-efficaci, con l'obiettivo primario di porre le basi per un accesso alle cure per le epatiti virali, uniforme su tutto il territorio italiano, che assicuri a tutti i pazienti l'accesso alle nuove terapie.

Il documento prende in considerazione 5 linee di indirizzo: 1) epidemiologia; 2) prevenzione; 3) sensibilizzazione, informazione, formazione; 4) cura, trattamento e accesso; 5) impatto sociale. Il modello di gestione disegnato si basa su tre elementi portanti: a) identificazione delle aree prioritarie di intervento, con definizione di azioni appropriate e relativi tempi di realizzazione e responsabilità; b) piena adesione e collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni; c) azione centralizzata di coordinamento e monitoraggio del PNEV, sotto la guida del Ministero della Salute.

Il Piano è stato approvato come Accordo in Conferenza Unificata nella seduta del 5 novembre 2015.

IL "PATTO PER LA SALUTE 2014-2016"

Il nuovo Patto della salute scaturisce da un contesto economico, politico e sociale caratterizzato da un'estrema complessità, affronta i grandi temi della sanità italiana, stabilisce il perno attorno al quale fondare la nuova sanità italiana. E' lo strumento con cui mettere in sicurezza il sistema per le generazioni future, assicurando la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.
Allo stesso tempo, ha l'ambizione di considerare la salute non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale, delineando un Sistema sanitario nazionale rafforzato e migliore, i cui principi fondativi possono essere attuati con maggiore incisività.
I principi cardine che hanno portato alla definizione del Patto sono gli stessi su cui si fonda il nostro SSN, in primo luogo l'equità e l'universalità, e la garanzia di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato ed uniforme. A tal fine, il Patto prevede che sia attuata la revisione e l'aggiornamento dei LEA, nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica.
Al fine di promuovere e attuare un modello multiprofessionale ed interdisciplinare dell'assistenza territoriale, il Patto, in coerenza con la legge n. 189/2012 prevede che le Regioni istituiscano le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN, con il compito di perseguire gli obiettivi di salute definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto. Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse multidisciplinari, caratterizzate dall'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio.
Lo stesso Patto prevede inoltre la definizione di nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale e di facilitatore dei processi di integrazione, al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle AFT e UCCP e dagli altri servizi territoriali.
Lo scenario organizzativo delineato dal Patto consentirà di garantire una maggiore accoglienza, una maggiore collaborazione ed integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), che potranno condividere i percorsi assistenziali in un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, precedendo il bisogno di salute ed attuando una prevenzione delle complicanze anche mediante la promozione attiva della salute e l'educazione ai corretti stili di vita. In tale ottica si inserisce quanto previsto dal Patto circa la predisposizione, da parte del Ministero della salute, del "Piano nazionale della Cronicità" da approvare con Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni.

Lo scenario nazionale: 2. i modelli regionali per la presa in carico della cronicità

Tutte le Regioni hanno lavorato nel tempo per lo sviluppo di modelli integrati di gestione delle patologie croniche. In questo contesto in varie Regioni si stanno sperimentando modelli innovativi per una gestione proattiva della cronicità sul territorio e una migliore presa in carico delle persone con patologie croniche.

Tali modelli, ispirati ai principali della letteratura (ad es. Chronic Care Model, CreG, ACG) sono più o meno strutturati nelle diverse Regioni e si inseriscono nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle reti assistenziali ed in particolare dell'area territoriale, ai sensi dell'art. 1 dalla legge n. 189 del 2012 e dell'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016.

Pur nella eterogeneità delle soluzioni regionali e locali, è possibile individuare alcuni elementi comuni. Di seguito vengono elencati gli elementi di maggiore condivisione su cui costruire l'approccio alla gestione del paziente cronico.

ELEMENTI COMUNI AI MODELLI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CRONICI

1) *La necessità di superare la frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio.* Da questo punto di vista, uno degli aspetti su cui ricercatori, operatori e decisori nel settore della sanità hanno posto molta attenzione nel corso degli ultimi anni è la continuità dell'assistenza, che permette una risposta adeguata, in termini di efficacia dell'assistenza, efficienza gestionale e appropriatezza, soprattutto per il trattamento di tutti quei pazienti affetti da patologie in cui la presenza di situazioni di comorbilità, fragilità e non-autosufficienza richiede l'adozione di un approccio integrato e multidisciplinare.

2) *L'adozione di modalità operative per favorire il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva"* da parte delle medicina generale, quale modalità operativa in cui le consuete attività cliniche ed assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di follow-up sulla base del percorso previsto per una determinata patologia.

3) *Una assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale,* riprendendo anche le indicazioni sulla caratterizzazione delle cure che sono alla base dei flussi dell'assistenza territoriale e, ove utilizzabili, dell'assistenza socio-assistenziale. Tra gli esempi il Sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD), il Sistema Informativo nazionale per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR). Inoltre, ove possibile, si utilizza il linkaggio con altre banche dati (farmaceutica, specialistica, pronto soccorso ecc)

4) *Il riconoscimento che l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal distretto.* Il distretto rappresenta l'ambito ove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento rilevata dai professionisti, e riveste un ruolo di tutela e programmazione. Importante è che ci sia un ruolo di governance, intesa come cornice organizzativa e gestionale, chiaro ed esplicito, sia a livello regionale che aziendale.

5) *Una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non,* a partire dalla figura centrale del Medico di medicina generale (MMG).

6) *La possibilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi* sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici.

7) *La presenza di sistemi informativi evoluti* in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico.[22] In particolare, i sistemi informativi potrebbero svolgere tre importanti funzioni:

- sistema di allerta che aiuta il team ad attenersi e conformarsi alle linee guida;

[22] *A titolo di esempio si veda la sperimentazione del sistema ACG® (Adjusted Clinical Groups), avviata nel 2012 dalla Regione Veneto.*

- feedback per i medici, mostrando i livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche;
- registri di patologia per pianificare l'assistenza al singolo paziente e per amministrare un'assistenza "population-based".

8) *L'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale*. Risulta fondamentale, infatti: integrare le linee guida basate sull'evidenza con le attività cliniche quotidiane; condividere le linee guida basate sull'evidenza e le informazioni con i pazienti per incoraggiare la loro partecipazione; utilizzare metodi di insegnamento efficaci.

9) *L'integrazione socio-sanitaria e team multiprofessionali* che puntano al miglioramento continuo, mediante integrazione tra MMG, infermieri, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali in grado di prendersi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata. Ciò comporta una diversa organizzazione della medicina generale, basata su modelli che privilegiano l'attività in associazione (Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT – e Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP – come previste dalla Legge n.189 del 2012 e dal Patto per la Salute 2014-2016);

10) *L'investimento su auto-gestione ed empowerment* in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi. Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow-up, migliorano e ricorrono meno all'assistenza ospedaliera. È importante enfatizzare il ruolo centrale del paziente nella gestione della propria salute; usare efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizione degli obiettivi, pianificazione delle azioni, risoluzione dei problemi e follow-up; organizzare risorse interne e sociali per fornire un continuo sostegno ai pazienti. Per le patologie croniche, i pazienti stessi diventano i principali Caregiver. Le persone convivono con le malattie croniche per lunghi anni e la maggior parte di loro può essere educato a gestire la patologia, e buona parte di tale gestione (dieta, esercizi fisici, utilizzo di farmaci) è sotto il controllo diretto del paziente.

11) L'uniformità ed equità di assistenza ai cittadini. Il punto è di particolare rilievo in quanto i diversi modelli organizzativi regionali dovrebbero tenere conto della difficoltà di accesso alle cure da parte dei cittadini. Si tratta di un sistema in evoluzione che richiede una forte integrazione tra i diversi setting assistenziali.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 novembre 2016, n. 1758

Accordo di Programma Triennale 2015/2017 in attuazione art. 45 "Residenze" del D.M. 1° luglio 2014 – Atto Integrativo 2016 – Approvazione progetti – Incarico di coordinamento al TPP. - Variazione al bilancio 2016 –

L'Assessore all'Industria Turistica e Culturale, Gestione e Valorizzazione dei Beni Culturali, sulla base dell'istruttoria effettuata dai Servizio Spettacolo dal vivo, dal Dirigente della Sezione Economia della Cultura e confermata dal Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, riferisce quanto segue:

- La Giunta Regionale, con deliberazione n. 993 del 19/05/2015, modificata con DGR n. 2439 del 30/12/2015, ha approvato l'Accordo di Programma Triennale 2015/2017 in attuazione dell'art. 45 "Residenze" del D.M. 1° luglio 2014, autorizzando il Dirigente del Servizio Cultura e Spettacolo (ora Sezione Economia della Cultura) alla sottoscrizione dello stesso.
- il MiBACT - Direzione Generale Spettacolo, con nota prot. n. 0009825 del 07/07/2016 ha comunicato la quota annuale Fondo Unico dello Spettacolo destinata alle Residenze.
- il riparto delle quote di cofinanziamento Stato — Regioni per l'anno 2016 prevede un'assegnazione in favore della Regione Puglia di € 66.800,00.
- Il MiBACT - Direzione Generale Spettacolo, con nota prot. n. DG-SS-SEGR11613 15/9/2016 S. 19.01.04/7, ha trasmesso a mezzo pec l'Integrazione all'Accordo di Programma sottoscritta in formato digitale dal Direttore Generale con numero di repertorio 5 del 12/09/2016.
- Con determinazione dirigenziale n. 391 del 12/09/2016 è stato approvato lo schema di "Integrazione all'Accordo di Programma Triennale 2015/2017".
- il succitato Atto Integrativo è stato sottoscritto digitalmente dal Dirigente della Sezione Economia della Cultura e quindi trasmesso a mezzo pec con nota AOO_171/0002894 del 19/09/2016 alla summenzionata Direzione Generale.
- La Regione concorre al programma con risorse proprie per euro 100.000,00 a valere sulle risorse del Bilancio autonomo.
- La quota del cofinanziamento regionale pari a € 100.000,00 è da imputarsi, sul Capitolo di Nuova Istituzione denominato "Quota di cofinanziamento Regione in attuazione art. 45 "Residenze" del D.M. 1 luglio 2014", da istituire nell'ambito del C.R.A. 63.02, da impinguare mediante variazione compensativa della somma stanziata sul Cap . 811019.
- Al fine di consentire il trasferimento della quota statale si è provveduto ad individuare il capitolo di entrata e quello di spesa coerenti con il programma di attività che si intende realizzare. Pertanto è indispensabile operare una variazione al bilancio di previsione per l'esercizio 2016 in termini di competenza e cassa, così come riportato nella sezione "Adempimenti contabili".
- La Giunta Regionale, con la DGR n. 993/2015, ha, inoltre, individuato il Consorzio Teatro Pubblico Pugliese (TPP) quale soggetto coordinatore del programma di attività previste per la Regione Puglia, previa sottoscrizione di apposita convenzione.
- Il Dirigente della Sezione Economia della Cultura, ha richiesto al TPP, nell'ambito delle azioni di coordinamento delle attività previste per l'anno 2016, di avviare preliminarmente l'iter di acquisizione delle attività da finanziare nell'ambito dei progetti di residenze artistiche in Puglia per l'anno 2016.
- Il TPP, con nota prot. n. 2405 del 10.10.2016, pervenuta alla Sezione Economia della Cultura l'11.10.2016 prot. n. 3160, ha riscontrato la richiesta allegando un progetto esecutivo d'intesa con i titolari delle Residenze Artistiche attive in Puglia per l'anno 2016.
- Il totale delle azioni previste corrisponde ad un impiego finanziario di € 210.520,63 comprensivo della quota di cofinanziamento, prescritto dall'art. 45 in parola, da parte dei soggetti attuatori delle Residenze;

Ritenuto dover:

- Approvare il progetto esecutivo di cui all'Accordo di Programma Triennale 2015/2017, Annualità 2016, in

attuazione dell'art. 46 del D.M. 1° luglio 2014 presentato dal Consorzio Teatro Pubblico Pugliese e le relative schede descrittive delle attività da realizzare da parte dei titolari delle Residenze Artistiche, qui tutti allegati in forma integrante e sostanziale Incaricare, per l'anno 2016, il Consorzio Teatro Pubblico Pugliese di coordinare le attività previste dall'Accordo di Programma approvato con DGR n. 993/2015, nella considerazione che tale coordinamento non comporta alcun onere finanziario da riconoscere a quest'ultimo.

- Approvare, altresì, lo schema di convenzione che regola i rapporti tra la Regione Puglia e il Consorzio Teatro Pubblico Pugliese, allegata al presente atto per farne parte integrante.
- Approvare la variazione al bilancio dell'esercizio finanziario 2016 in termini di competenza e cassa onde prevedere la quota corrispondente al co-finanziamento da parte del Mibact pari a € 66.800,00
- Approvare la variazione compensativa al bilancio dell'esercizio finanziario 2016 in termini di competenza e cassa
- 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 documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione relativamente all'istituzione di nuovi capitoli di bilancio e di variazione nelle dotazioni finanziarie
- 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 20162018."
- 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
- VISTA la D.G.R. avente ad oggetto: "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2016 e pluriennale 2016-2018. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio finanziario gestionale.
- Modificazioni ed integrazioni D.G.R. n. 159 dei 23 febbraio 2016"
- 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 Al SENSI DEL D.LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta, ai sensi dell'art. 51, comma 2, D. lgs. n. 118/2011, l'istituzione di un nuovo capitolo di spesa e le seguenti variazioni al bilancio di previsione 2016 e pluriennale 2016-2018, al documento tecnico di accompagnamento e al bilancio gestionale approvato con la DGR n. 159/2016, in termini di competenza e cassa:

Istituzione nuovo capitolo e variazione compensativa in Spesa come segue:

VARIAZIONE IN AUMENTO

Parte spesa

CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	Missione e Programma	Titolo	Codifica Piano dei conti finanziario	Variazione e.f. 2016 Competenza e Cassa
63.02	C.N.I. 811018	Quota di cofinanziamento Regione in attuazione art. 45 *"Residenze* del D.M. 1 luglio 2014	5.2	1	1.4.3.2	+ € 100.000,00

VARIAZIONE IN DIMINUZIONE

Parte spesa

CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	Missione e Programma	Titolo	Codifica Piano dei conti finanziario	Variazione e.f. 2016 Competenza e Cassa
63.02	C.N.I. 811019	Quota di cofinanziamento Regione-Accordo di programma quadro – Teatri abitati – annualità 2015	5.2	1	1.4.1.2	- € 100.000,00

Modifica declaratoria dei capitoli e Variazione in aumento in Entrata e Spesa come segue:

VARIAZIONE IN AUMENTO

Parte entrata

CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	Siope	Codifica Piano dei conti finanziario	Variazione e.f. 2016 Competenza e Cassa
63.02	2033241	*FINANZIAMENTO STATALE FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO TEATRI DEL TEMPO PRESENTE art. 45 D.M. 1 luglio 2014 - Residenze*	Da inserire	2.01.01.01.001	+ € 66.800,00

Debitore Certo: Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo – MiBACT

Titolo giuridico: Decreto del Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo — Direzione Generale Spettacolo n. 407 del 16 giugno 2016

Parte Spesa

CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	Missione e Programma	Titolo	Codifica Piano dei conti finanziario	Variazione e.f. 2016 Competenza e Cassa
63.02	2033241	*SPESA CORRENTE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO TEATRI DEL TEMPO PRESENTE – TRASFERIMENTO A ORGANISMI PUBBLICI PARTECIPATI. Finanziamento statale e art. 45 D.M. 1 luglio 2014 – Residenze*	5.2	1	1.4.3.2	+ € 66.800,00

Con determinazione del Dirigente della Sezione Economia della Cultura si procederà ad effettuare il relativo accertamento delle entrate e impegno di spesa entro 1131/12/2016.

L'Assessore all'Industria Turistica e Culturale, relatore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale che rientra nelle competenze della Giunta Regionale ai sensi dell'art.4 comma 4°, lettera k, della L.R. n.7/97.

LA GIUNTA REGIONALE

Udita la relazione e fa conseguente proposta dell'Assessore all'Industria Turistica e Culturale Avv. Loredana Capone;

- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore e dal Dirigente della Sezione Economia della Cultura;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- **di prendere atto** di quanto espresso in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;

- **di approvare** il progetto esecutivo di cui all'Accordo di Programma Triennale 2015/2017, Annualità 2016, in attuazione dell'art. 46 del D.M. la luglio 2014, presentato dal Consorzio Teatro Pubblico Pugliese e le relative schede descrittive delle attività da realizzare da parte dei titolari delle Residenze Artistiche, il tutto qui allegato (All. A) in forma integrante e sostanziale.

- **di incaricare** il Consorzio Teatro Pubblico Pugliese di coordinare le attività previste in attuazione dell'Accordo di Programma approvato con DGR n. 993/2015 e del Progetto esecutivo per l'annualità 2016, nella considerazione che tale coordinamento non comporta alcun onere finanziario da riconoscere al medesimo Consorzio.

- **di approvare,** altresì, lo schema di convenzione che regola i rapporti tra la Regione Puglia e Consorzio Teatro Pubblico Pugliese, allegato (all. B) al presente atto per farne parte integrante

- **di approvare** la variazione in aumento al bilancio 2016, sul cap. di entrata 2033241 e di spesa 813041 per l'importo di € 66.800,00 come riportato nella sezione "Copertura finanziaria";

- **di approvare** la variazione compensativa al bilancio 2016 con trasferimento della somma di € 100.000,00 dal cap. 811019 al C.N.I., come riportato nella sezione "Copertura finanziaria";

- **di dare atto** del mantenimento degli equilibri di bilancio

- **di dare atto** che con le suddette variazioni, si intendono modificati, il Bilancio di previsione 2016-2018 nonché il documento tecnico di accompagnamento e Bilancio finanziario gestionale 2016;

- **di approvare** l'allegato E/1 parte integrante del presente provvedimento;

- **di incaricare** la Sezione Bilancio e Ragioneria, conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione, alla trasmissione dell'allegato E/1 alla Tesoreria regionale;

- **di dare mandato** al Dirigente della Sezione Economia della Cultura di procedere alla sottoscrizione della convenzione anzidetta per gli adempimenti conseguenti;

- **di dare atto** che il Dirigente della Sezione Economia della Cultura provvederà all'accertamento delle entrate e all'impegno delle somme inscritte sui relativi capitoli di pertinenza secondo le modalità indicate nella convenzione stessa;

- **di pubblicare** presente provvedimento nel B.U.R.P.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

Alle. A p. 1

Teatro Pubblico Pugliese

Progetto Esecutivo

RESIDENZE ARTISTICHE ART. 45 DEL DM 01/07/2014

SCHEDA PROGETTO/ATTIVITÀ DI RESIDENZA – ANNO 2016

Il progetto sarà attuato dal TPP che coordinerà le attività svolte dai titolari dei progetti di residenze artistiche attivati in Puglia. Nello specifico il TPP, ai sensi dell'articolo 63 comma 2 lett. b) del D.Lgs 50/2016 affiderà a ciascuna compagnia titolare, la realizzazione di una porzione del presente progetto da realizzarsi presso il Teatro gestito in residenza. Nello stesso accordo si prevederà che ciascun titolare co-finanzi l'iniziativa investendo un importo pari ad almeno il 20% delle spese sostenute per l'attuazione dello stesso.

Unitamente alle fatture e note di debito che saranno all'uopo emesse dalle Compagnie, sarà presentata apposita rendicontazione delle spese sostenute (nel rispetto dello schema di budget riportato in calce al presente progetto esecutivo) nel rispetto dei limiti e percentuali previsti a livello nazionale nell'Accordo di Programma sottoscritto. Sarà cura delle stesse Compagnie produrre apposita relazione descrittiva delle attività e materiale promo-pubblicitario dell'attività svolta.

TITOLARI DELLE RESIDENZE – REGIONE PUGLIA

Titolari Residenze	Spazi Teatrali Gestiti
Ass Cult. Tra il dire e il fare	Teatro Comunale di Ruvo di Puglia
Cooperativa CREST	Teatro TaTà – Taranto
Cooperativa Astragali	Teatro Paisiello – Lecce
Cooperativa Bottega degli Apocrifi	Teatro Dalla – Manfredonia
Ati - Impresa Capogruppo Teatro Le Forche Società Cooperativa Impresa partecipante: Ass. Cult. Fibre parallele teatro	Teatro Comunale N. RESTA di Massafra
Cooperativa Thalassia	Teatro Comunale di Mesagne
ATS costituita da Ass. Cult. Principio Attivo Teatro e Ass. Cult. Factory Compagnia Transadriatica	Teatro Comunale di Novoli

Sede Legale: Via Imbriani, 67 – 70121 Bari
Sede Operativa: Via Cardassi, 26 – 70121 Bari – Tel. +39 080 5580195 – Fax +39 080 5543686
tpp@teatropubblicopugliese.it – www.teatropubblicopugliese.it – C.F. e P. IVA 01071540726 - Iscritto al Registro delle Imprese di Bari n. 01071540726

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

Alle. A p. 2

Teatro Pubblico Pugliese

Associazione Armamaxa	Teatro Comunale di Ceglie Messapica
Società Diaghilev srl	Teatro Van Westerhout Mola Di Bari
Terrammare Teatro	Teatro Comunale di Nardò

Con riferimento ai tre obiettivi in cui si articola il progetto per l'anno 2016, si rinvia alle singole schede all'uopo acquisite da parte di questo Consorzio da parte di ciascun titolare di Residenza Artistica.
Di seguito si riepiloga lo schema di Bilancio generale, che tiene conto dei bilanci predisposti da ciascuna singola Residenza Artistica.

SCHEMA DI BILANCIO

TOTALE SPESE AMMISSIBILI OBIETTIVO A)

SPESE DI GESTIONE E COSTI TECNICO-ORGANIZZATIVI (nella misura massima del 30% del totale)	€ 17.000,00
COSTI DI PRODUZIONE	€ 9.800,00
COMPENSI AL PERSONALE ARTISTICO E TECNICO OSPITE	€ 33.300,00
COSTI DI OSPITALITÀ PER IL PERSONALE ARTISTICO E TECNICO	€ 5.550,00
PAGHE E ONERI DEL PERSONALE TECNICO, ARTISTICO E FORMATIVO	€ 24.335,59
PROMOZIONE E PUBBLICITÀ (nella misura massima del 10% del totale)	€ 4.700,00
TOTALE	€ 94.685,59

TOTALE SPESE AMMISSIBILI OBIETTIVO B)

SPESE DI GESTIONE E COSTI TECNICO-ORGANIZZATIVI (nella misura massima del 30% del totale)	€ 12.949,86
CACHET FORMAZIONI OSPITI PROGAMMATE (con compenso fisso o a percentuale sull'incasso netto)	€ 23.050,00
SIAE	€ 2.407,00

Teatro Pubblico Pugliese

All. A p. 3

PROMOZIONE, PUBBLICITÀ e SPESE PER LA MESSA ON-LINE DELLE PROGRAMMAZIONI (nella misura massima del 30% del totale)	€ 9.909,36
TOTALE	€ 47.316,22

TOTALE SPESE AMMISSIBILI OBIETTIVO C)

SPESE DI GESTIONE E COSTI TECNICO-ORGANIZZATIVI (nella misura massima del 30% del totale)	€ 16.235,00
COMPENSI AGLI OPERATORI IMPIEGATI NELLA ATTIVITÀ DI FORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL PUBBLICO	€ 41.773,82
SPESE DI VIAGGIO E SOGGIORNO DEI PARTECIPANTI AGLI INCONTRI INTERREGIONALI	€ 5.090,00
PUBBLICITÀ (nella misura massima del 10% del totale)	€ 5.420,00
TOTALE	€ 68.518,82

TOTALE ENTRATE DELLE RESIDENZE

TOTALE ENTRATE RIFERITE ALLE ATTIVITA' DI CUI AGLI OBIETTIVI B) e C) (Incassi della programmazione, eventuali contributi, sponsorizzazioni o risorse proprie destinate al progetto, ecc.)	€ 43.720,63
SPESE COMPLESSIVE DELLE RESIDENZE DELLA REGIONE OBIETTIVO B e C	€ 210.520,63
DEFICIT FRA SPESE COMPLESSIVE RIFERITE ALLE ATTIVITA' DI CUI AGLI OBIETTIVI B) e C) ED ENTRATE COMPLESSIVE	€ 166.800,00
DI CUI QUOTA CONTRIBUTO REGIONE PER LE ATTIVITÀ DI RESIDENZA (60% DEL DEFICIT)	€ 100.000,00

Teatro Pubblico Pugliese

All. A p. 4

QUOTA CONTRIBUTO MiBACT
PER LE ATTIVITÀ DI RESIDENZA (40% DEL DEFICIT) € 66.800,00

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

Sede Legale: Via Imbriani, 67 – 70121 Bari
Sede Operativa: Via Cardassi, 26 – 70121 Bari – Tel. +39 080 5580195 – Fax +39 080 5543686
tpp@teatropubblicopugliese.it – www.teatropubblicopugliese.it – C.F. e P. IVA 01071540726 - Iscritto al Registro delle Imprese di Bari n. 01071540726

All. A p. 5

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI

Titolare della Residenza ASS.CULT. TRA IL DIRE E IL FARE
Spazio gestito TEATRO COMUNALE DI RUVO DI PUGLIA

Tipologia Residenza: insediamento * sviluppo * consolidamento X*

Nome Compagnia/e, artista/i in residenza NASCA TEATRI DI TERRA

Luogo di svolgimento della residenza TEATRO COMUNALE DI RUVO DI PUGLIA

Descrizione sintetica del/i progetto/i di residenza con riferimento alle attività condivise:
In osservanza ai criteri dell'obiettivo A dell'Art. 45, si intende favorire la permanenza in Residenza della compagnia Nasca Teatri di Terra presso il Teatro Comunale di Ruvo di Puglia. Il progetto artistico Heroes, che l'Ass. Cult. Tra il dire e il fare ha scelto di sostenere, vede protagonista Ippolito Chiarello, attore con cui si è già avuto modo di collaborare in passato: tale percorso si inserisce in un processo di tutoraggio e sostegno alla creatività indipendente, cui la Residenza di Ruvo di Puglia offre una "casa teatrale", competenze professionali e artistiche qualificate assieme ad un adeguato un supporto tecnico.

Tra il dire e il fare e Nasca Teatri di Terra, perseguendo finalità e obiettivi coerenti con gli indirizzi di attuazione dell'ART 45, hanno condiviso il processo di creazione artistica dell'artista Ippolito Chiarello con altre Residenze partecipanti al progetto, al fine di garantire l'attraversabilità degli spazi in chiave interregionale. Nello specifico quattro sono le Regioni coinvolte nel progetto: Lombardia, Toscana, Puglia, Lazio.

Durata (non inferiore a ....) 20 giorni

Eventuale esito della residenza: eventuale prova aperta

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura -

All. A p. 6

Tipologia delle azioni di tutoraggio nelle azioni condivise: (consulenze artistico-culturali e/o assistenza
tecnico-organizzativa).

Le azioni condivise prevedono un
tutoraggio artistico a cura di Michelangelo Campanale
assistenza tecnico- organizzativa a cura dell'ass. Cult. Tra il dire e il fare
Collaborazione produttiva/accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto interregionale per garantire la permanenza degli artisti presso altre regioni
LOMBARDIA
Associazione Interdisciplinare delle Arti / Qui e Ora Residenza Teatrale
10-30/06/2016 con prova aperta il 25/06/2016
TOSCANA
Residenza artistica Giallomare Minimal Teatro
4-23/10/16

PUGLIA
Residenza artistica Ass. Cult. Tra il dire e il fare
15/11-05/12/ 2016

LAZIO
Residenza Artistica 20chiavi Teatro
05-25/03/ 2017

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità

"Heroes" intreccia narrazione e musica nella forma specifica del barbonaggio teatrale, che mette in relazione diretta artista e pubblico. Ippolito Chiarello conduce lo spettatore nella dimensione tipica di una "radio", raccontando storie che fanno riferimento ai miti del rock degli ultimi 50 anni. I racconti si avvalgono di mezzi differenti, in grado trasformare lo spazio scenico evocando una stazione radiofonica: un microfono, cuffie per uno spettatore alla volta, mixer audio gestito direttamente dall'attore.
Ippolito Chiarello esplora il confine tra l'attore e lo speaker, che altri non è che un aedo contemporaneo.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE RIFERITE ALLA PERMANENZA DI ARTISTI E FORMAZIONI IN RESIDENZA

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste

Durante tutto il periodo di permanenza dell'artista in residenza, si prevedono incursioni nel centro storico di Ruvo di Puglia nella modalità del barbonaggio teatrale. Il Barbonaggio Teatrale è una

All. A p. 7

modalità di proposta artistica che si ispira all'esperienza dell'attore Ippolito Chiarello, che propone i suoi spettacoli, oltre che in teatro, anche per strada o luoghi non teatrali, su un palchetto, vendendoli a pezzi.

L'artista ha stabilito un prezzo per ogni porzione del suo spettacolo (l'esperienza è nata proprio con il fortunato spettacolo FANCULOPENSIERO STANZA 510 e prosegue con le nuove produzioni), ha fatto un listino e lo distribuisce al pubblico di passaggio. lo spettatore sceglie il pezzo che vuole sentire, lo paga e l'artista si esibisce, cercando anche di spiegare il senso di questa esperienza. Di solito poi la sera lo spettacolo viene fatto a teatro. Spesso diventa un'esperienza autonoma di proposta.

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;
2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;
3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

_____

_____

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso altri titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate e della residenza grazie a cui è stato prodotto lo spettacolo:

_____

_____

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti emergenti:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate

REGIONE PUGLIA Sezione Economia della Cultura

Alle. A p. 8

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti under 35 *(formazioni in cui il requisito sia prevalente nel gruppo)*

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

Nell'ambito della programmazione 2016 abbiamo invitato una giovanissima compagnia di artisti under35, I NUOVI SCALZI, già coinvolti in nostri progetti di sostegno a giovani compagnie under35.

30 DICEMBRE 2016- TEATRO COMUNALE DI RUVO DI PUGLIA

LA RIDICULOSA COMMEDIA DELLA TERRA CONTESA, Compagnia de I NUOVI SCALZI

con: Piergiorgio M. Savarese, Savino M. Italiano, Ivano Picciallo/ Adriano Dossi, Olga Mascolo regia: Claudio De Magliocanovaccio: Claudio De Maglio, luci: Olga Mascolo, Grazia Perilli, drammaturgia: Claudio De Maglio, I Nuovi Scalzi, musiche: Pier Giorgio Maria Savarese, I Nuovi Scalzi, tecnico luci: Grazia Perilli, photo di scena: Fra Seggio

La commedia, è ispirazione della vita reale. Ma fuori da qua non c'è mai un finale. Ora voi vi aspettereste una morale,c'è chi scende e c'è chi sale. Scegli il bene e non il male, ma così n'servesse a niente, chesta storia accoussì è!Senza come né perché. A verità? A terra è nostra È di chi la vuole amare Perciò scaldiamoci le mani. E diamoci da fare!

La comicità è la chiave con la quale la compagnia ha scelto di sviluppare la tematica del potere economico e dei condizionamenti che da esso nascono. La scelta di voler rappresentare con l'ironia e il brio alcune situazioni grottesche ed assurde che nel contemporaneo sono diventate routine ordinaria, ha garantito al lavoro un senso di leggerezza e di sospensione del giudizio, rispetto agli accadimenti che vengono messi in scena e che nascono dall'osservazione delle dinamiche di potere attuali e contemporanee. Il gioco comico e l'attitudine attoriale ad esprimere il contrasto che porta al riso sono i principali ancoraggi con i quali la compagnia gioca la commedia dell'arte, garantendo un continuo e genuino rapporto con il pubblico, e rendendo sempre fresco il messaggio ed il testo scritto.

BREVE PRESENTAZIONE DELLA COMPAGNIA

Associazione culturale "I Nuovi Scalzi"

L'associazione nasce nel 2007 da un gruppo di giovani artisti provenienti da percorsi formativi differenti, tra cui: corso di "Alta formazione in tecniche della recitazione teatrale- Commedia dell'arte, presso Centro Teatro Ateneo", "l'Accademia Internazionale di Teatro" di Roma, "Corso di formazione in ligthing designer" presso Centro di formazione ICARE.

La ricerca artistica, dei componenti si è perfezionata grazie a maestri come: Claudio De Maglio, Pierre Byland, Carlo Boso, Elisa Barrucchieri, Marigia Maggipinto, Michelangelo Campanale, Fiammetta Baldiserri, Vincent Longuemare, AJ Waissbard Emma Dante, Michelangelo Campanale, Giorgio Rossi, e molti altri.

La compagnia gioca un teatro fisico e d'immagine attraverso il linguaggio espressivo della maschera, del nuovo circo e delle arti performative come della giocoleria e della visual grafic art.

Ha realizzato produzioni, progetti di formazione teatrale ed eventi, come ad esempio: "La Ridiculosa commedia della terra contesa"; "La Fedele Isabella" [premio "Grand Prix" al V Festival Internazionale delle scuole teatrali di Varsavia] ; "Commedia all'improvviso" vincitore del primo premio delle "Ramblas" al Napoli Teatro Festival 2012;

workshop di Commedia dell'arte presso "McGil University" di Montréal (Québec e presso Università Laval di Québec City – Québec [sostenuti e organizzati dall' Istituto Italiano di cultura di Montréal e Istituto Dante Alighieri di Québec City], workshop presso spazio libero teatro di Lipsia – Germania; Workshop di Commedia dell'arte condotto da Savino Maria Italiano presso the University of Opole and in theatre of MDK, Opole (Poland); Incontri didattici "Alla scoperta alle maschere della Commedia dell'Arte", presso il Teatro La Fenice di Arsoli, per bambini di scuole elementari;

residenza artistica "IL TEATRO COMICO" ospitata presso il Teatro Comunale La Fenice di Arsoli dal 15 al 31 marzo 2016 nell'ambito della Residenza di spettacolo dal vivo ad Arsoli (CUP F86J15000790009); Eventi

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

Alg. A p. 9

come la rassegna teatrale "Arte in tavola"; direzione del Corteo storico di Minervino Murge – Italia, festival delle arti di strada presso Roma – Italia;,
Lo spettacolo "La Ridiculosa commedia della terra contesa"; ha ricevuto premi internazionali e nazionali quali: "Migliore produzione 2015, nel 7° Festival Internazionale di Mont Laurier (Canada); "Migliore recitazione" menzione speciale al DOIT 2015 festival, Roma (Italia); "Migliore produzione" , "Miglior prima attrice"e "Miglior secondo attore" al 1° Sharm El Sheikh International Theatre Festival for Youth (Egitto);ha partecipato al XIII Winter Theatre Meetings 2016 in Opole (Polonia); "Migliore spettacolo" al XIV Festival Internazionale ProContra in Stettino (Polonia); ha partecipato inoltre al III Festival Internazionale di Commedia dell'Arte, Roma (Italia); Peltuinum Theater Fest (AQ).
Le produzioni della compagnia sono attive sia in Italia che all'estero, grazie alla capacità degli artisti di ricercare nuovi linguaggi universali, immediati e d'impatto. Negli spettacoli, oltre ai vari linguaggi, si mescolano sia elementi delle tradizioni popolari che contemporanei. Con questa ricchezza di vedute la compagnia riesce ad affascinare e divertire un pubblico misto, adulti e giovani.

Eventuali azioni a supporto della visibilità della programmazione attraverso strumenti innovativi *(messa on-line piattaforme web, ecc.)*
Utilizzando immagini e video per promuovere le nostre attività, siamo agevolati nell'utilizzo di strumenti web che proprio sull'uso appropriato delle immagini basano le loro strategie comunicative. Caricando informazioni relative alle nostre attività sul sito web del Teatro comunale di Ruvo di Puglia e su quello della Compagnia La Luna nel Letto (gestore dello spazio in residenza), nonchè su piattaforme web che si occupano di spettacolo dal vivo potremo raggiungere quel pubblico che già si interessa al teatro o agli eventi culturali più in generale. Ma sarà soprattutto attraverso l'elaborazione di *social strategies* che potremo raggiungere differenti pubblici: lo spettacolo di questa giovane compagnia *under 35* parla un linguaggio antico, quello della commedia dell'arte e questo, è evidente, può rappresentare un punto di debolezza. In realtà, creando post su facebook e su twitter collegati ad un hastag (ad esempio: *#ScalziaRuvodiPuglia*) pubblicheremo foto e video degli attori in diverse location della città. Questo servirà ad incuriosire il pubblico del nostro territorio e far circolare sempre più la notizia dell'evento in programmazione il 30 dicembre e a procurare maggiore notorietà alla giovane compagnia che qui, a Ruvo di Puglia, ha occaione di sperimentare strategie di promozione per una maggiore riconoscibilità.

Appropriato EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste:

- STAMPA DI MATERIALE CARTACEO INFORMATIVO: manifesti, locandine, libretti, volantini e flyer;

- UTILIZZO DEL WEB attraverso siti e social media.

- CASA DELLO SPETTATORE: azioni da svolgersi nel Comune della Residenza e diversificate a seconda del target di riferimento, promuovendo incontri con le realtà associative del territorio e con gli insegnanti per la promozione degli spettacoli. Si tratta di incontri di preparazione alla visione e dopo lo spettacolo organizzati in veri e proprio percorsi di visione che hanno l'obiettivo di allenare lo sguardo, approfondire la curiosità del spettatore, in modo strutturato, condividendo momenti di crescita personale e collettiva.

- SCAMBIO DEI PUBBLICI: da due anni abbiamo attivato, come soggetto gestore di uno spazio in residenza, una forte relazione tra strutture teatrali e spazi non nati per lo spettacolo dal vivo. Questa relazione diviene fondamentale in città come le nostre in cui città grandi e vicine hanno tutte un teatro che propone spettacoli anche di una certa notorietà. La *Residenza di Ruvo di Puglia e il Teatro Garibaldi di Bisceglie e l'Ass. Cult. Linea D'Onda di Molfetta* collaborano per far sì che si possano elaborare programmazioni integrate così da far muovere il pubblico tra le strutture e far conoscere le proprie reciproche attività anche oltre i confini strettamente comunali. In questo piccolo circuito si elaborano strategie di

All. A p. 10

comunicazione unitarie e promozioni su abbonamenti e biglietti che incentivano il pubblico a partecipare e a spostarsi. Questa riteniamo essere una assoluta novità per territori spesso chiusi come i nostri.

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:

Il Teatro Comunale di Ruvo gestito dall'Ass. Cult. Tra il dire e il fare/Compagnia La Luna nel letto già dal 2015 ha iniziato, grazie al tutoraggio della **Casa dello Spettatore di Roma**, a configurarsi nel panorama regionale, come **CASA DELLO SPETTATORE**, con l'obiettivo di divenire modello di riferimento per la ricerca di approcci innovativi di *Audience Development*, attraverso una nuova e importante figura: il mediatore culturale.

Alla luce di questi percorsi di formazione già avviati, siamo sempre più convinti che, per imparare a vedere insieme, dal vivo, siano necessarie una serie di azioni in grado di creare il terreno adatto ad accogliere l'esperienza teatrale, attivando conoscenze e spunti di riflessione. Progettare e organizzare azioni formative indirizzate al pubblico significa innanzitutto dotarsi delle competenze e degli strumenti necessari: *formare i mediatori.* Responsabile della formazione sarà Giorgio Testa.

Conoscere il territorio, il contesto, il destinatario delle proposte teatrali è il primo passo perché un mediatore possa lavorare dentro a un quadro di riferimento chiaro e ben definito, per garantire che l'incontro tra teatro e spettatore sia facilitato e valorizzato.

Anche nel 2016 rifletteremo, tra Ottobre e Dicembre, sulla teatralità in generale attraverso un susseguirsi di appuntamenti dedicati alla formazione del pubblico nella sua eterogeneità, dalla famiglia, agli studenti, ai ragazzi e ai bambini. Appuntamenti organizzati in collaborazione con soggetti e operatori culturali del territorio: Forum Giovani, Casa della Cultura-Museo del Libro, Ass. Cult. Calliope – Libreria L'Agorà, Università della Terza Età, Istituti di scuola media e superiore del comune di Ruvo di Puglia.

Gli appuntamenti che si susseguiranno si svolgeranno nei luoghi centrali della città con il dichiarato obiettivo di contagiare, dilagare, invadere e interessare quel pubblico che, pur vicino e sensibile alle iniziative culturali, non frequentano specificatamente il teatro e non praticano i linguaggi, così diversi, che esso utilizza.

Luogo di svolgimento del progetto/delle attività previste

Teatro Comunale di Ruvo di Puglia / Museo del Libro – Casa della Cultura / Centro storico del Comune di Ruvo di Puglia/ Libreria L'Agorà

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

Alle. A p.11

PENSARE IL TEATRO

percorsi di didattica della visione per giovani spettatori e spettatori giovani:

L'esigenza, sempre più sentita in una società sovraesposta all'immagine come quella contemporanea, di accompagnare il fruitore verso una maggiore consapevolezza nella sua posizione di lettore, di ascoltatore, di osservatore, o di spettatore ha portato all'ideazione, alla sperimentazione e al consolidamento di pratiche formative rivolte in maniera mirata a pubblici diversi. Con questo percorso si intende offrire ai giovani l'opportunità di vedere spettacoli di qualità accompagnati da momenti di mediazione alla visione dello spettacolo; incontri didattici, che non hanno lo scopo di anticipare i contenuti o le forme dello spettacolo a cui assistere, ma si pongono l'obiettivo di stimolare in senso critico e creativo lo sguardo e la mente, sollecitare la curiosità, di mettere lo spettatore nella condizione di godere al meglio e con consapevolezza dell'incontro con le arti della scena.

VEDERE IL TEATRO

In stretta relazione con quanto descritto nell'Obiettivo A, nel mese di Dicembre si programmerà una azione di **BARBONAGGIO TEATRALE** da svolgersi in collaborazione con il FORUM GIOVANI del Comune di Ruvo di Puglia. Una azione vicina al pubblico giovane e che vede la partecipazione di un attore, Ippolito Chiarello, che invade le vie della città con incursioni artistiche in grado di avvicinare i pubblici più diversi. Una modalità innovativa di fare promozione che allarga i confini del teatro e che intende amplificare l'azione e la presenza degli artisti in residenza allargando la loro visibilità e il loro coinvolgimento a livello territoriale.

PRATICARE IL TEATRO

Nella nostra idea di formazione riteniamo fondamentale che tutte le azioni ruotino intorno a FARE/praticare il teatro e i molteplici linguaggi che esso utilizza per conoscerlo e poterne scoprire le innumerevoli specificità, attraverso percorsi differenti per le **diverse fasce di età e tipologie di target** a cui ci si rivolge.

Laboratori di formazione alle arti sceniche per ragazzi e giovani

- Laboratori teatrali: suddivisi per fasce di età (3-6 anni/7-11 anni/12-17 anni/17-100 anni)
- Laboratorio di educazione al movimento
- Laboratorio di costruzione dei burattini.

Laboratori di formazione alle arti sceniche per adulti

- Laboratorio per dopolavoristi
- Laboratorio di scrittura creativa e lettura a cura dell'attrice Nunzia Antonino.

Personale coinvolto nelle azioni di promozione del pubblico (numero, attività svolte..)

Didattica della visione sulla genitorialità: 3 seminari
Didattica della visione per i ragazzi delle scuole medie inferiori e superiori: durata da concordate con gli insegnanti
Azione di barbonaggio teatrale: durata di 1 giorno di performance
Laboratori di formazione alle arti sceniche: durata di 20 incontri tra Novembre e Dicembre 2016
Totale personale impiegato: 2 formatori esterni della casa dello spettatore di Roma / 6 formatori dello staff del Teatro Comunale di Ruvo di Puglia.

Partecipazioni a incontri interregionali fra i titolari di residenza per lo scambio delle pratiche

23 Marzo 2016 – FROSINONE
24 Marzo 2016 – MONTOPOLI DI SABINA (RI)

PROMOSSO DA
MiBACT (Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo) e dalla Regione Lazio (Assessorato

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 12

alla Cultura e alle Politiche Giovanili) - comuni di Montopoli di Sabina, Poggio Mirteto e Salisano e Associazione Casa della Locusta, Teatro Alchemico, Associazione Giovanile Hic&Tunc e ARCI Teatro

La Residenza artistica di Ruvo di Puglia ha preso parte al focus sopracitato incentrato sul tema della drammaturgia contemporanea e del teatro civile all'interno dell'esperienza delle Residenza Artistiche e come legame tra artisti e territorio.
Durante le giornate si è dato avvio ad un dibattito, momento di incontro produttivo tra titolari di residenza ed esperti del settore, sulle differenti metodologie e tecniche di lavoro, per proporre delle azioni che permettano di:

- Promuovere e sostenere i nuovi autori;
- Avvicinare "fisicamente" il pubblico del territorio alle nuove proposte del teatro contemporaneo e civile;
- Creare un legame forte tra artisti e territorio, rendendo il pubblico attivo e parte integrante della creazione drammaturgica attraverso interviste e ricerca sul campo;
- Stimolare la ricerca applicata all'arte scenica, con particolare attenzione alla contemporaneità;
- Proporre, attraverso la pratica della residenza, delle metodiche di lavoro che incentivino la partecipazione della popolazione alle scelte culturali del città;
- Realizzare un osservatorio attivo, che sia di stimolo e di confronto con le diverse espressioni del fare teatro oggi.

All'interno del Focus l' Ass. Cult. Tra il dire e il fare - Compagnia La Luna nel Letto, ha condiviso con gli operatori del settore, l'esperienza di Residenza del Teatro Comunale di Ruvo di Puglia, inserita all'interno del sistema delle residenze teatrali pugliesi.

16 e 17 giugno 2016 c/o Villa Manin di Passariano (ERPaC) – Codroipo (Udine)

PROMOSSO DA

MiBACT - Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo; Regione autonoma Friuli Venezia Giulia; CSS Teatro stabile di innovazione del FVG; Ente Regionale per il Patrimonio Culturale (ERPaC).

La Residenza Artistica di Ruvo di Puglia (Ba), gestita dall'Ass. Cult. Tra il dire e il fare, ha preso parte al secondo incontro Nazionale tra Titolari di Residenza, Regioni e Mibact a Codroipo, in continuità con la partecipazione attiva al primo appuntamento svoltosi a dicembre 2015 a Bologna.
Il secondo incontro Nazionale ha preso spunto dalle esigenze emerse nel corso delle giornate promosse nel dicembre 2015 a Bologna, durante le quali è stata espressa la volontà di dialogo tra i titolari di residenze e di approfondimento dei progetti, al fine di individuare le possibilità e le occasioni di azioni di collaborazione.

Le giornate a Villa Manin hanno quindi sviluppato la reciproca conoscenza tra le esperienze regionali di residenze teatrali e multidisciplinari, al fine di esplorare meglio il tema dell'**attraversamento** dei luoghi di residenza da parte degli artisti, con l'obiettivo di stimolare le occasioni di interazione tra le stesse a livello interregionale e nazionale.

Focus delle giornate sono stati quindi gli attraversamenti dei luoghi di residenza da parte degli artisti, uno degli obiettivi dell'accordo MiBACT/Regioni, nell'ottica di comprenderne le intenzioni e di condividerne l'interpretazione.

Nella prima giornata sono stati approfonditi gli aspetti e le modalità di alcuni casi (uno per regione) ai cui l'attraversamento è stato parte del progetto di residenza. Il secondo giorno è stato dedicato a

All. A p. 13

momenti di confronto e conoscenza attraverso lo strumento dello speed date, al fine di elaborare progettualità di attraversamento future.

In quell'occasione sono stati presentati i primi esiti del monitoraggio operato dalla Fondazione Fitzcarraldo (Luisella Carnelli e Simone Seregni) e dalle osservazioni critiche di Gerardo Guccini e Roberta Ferraresi.

L'incontro si è svolto presso Villa Manin di Passariano - Piazza Manin, 10, 33033 Passariano, Codroipo UD.

L'Ass. Cult. Tra il dire e il fare – Compagnia La Luna nel letto parteciperà, nel mese di Ottobre 2016, al terzo incontro interregionale delle residenze previsto nella città di Torino.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 14

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI

TITOLARE DELLA RESIDENZA: Principio Attivo Teatro in ATS con Factory Compagnia transadriatica

SPAZIO GESTITO: Teatro comunale di Novoli – Ex mercato-Drogheria dell Arti

TIPOLOGIA RESIDENZA: insediamento ☐ sviluppo ☐ Xconsolidamento

NOME COMPAGNIA, ARTISTA IN RESIDENZA: La Ballata dei Lenna

LUOGO DI SVOLGIMENTO DELLA RESIDENZA : Teatro Comunale di Novoli ed Ex mercato –drogheria delle arti

DESCRIZIONE SINTETICA DEL/I PROGETTO/I DI RESIDENZA CON RIFERIMENTO ALLE ATTIVITÀ CONDIVISE:

Il progetto di residenza vedrà la giovane compagnia under 35 La ballata dei Lenna impegnata in un'ulteriore tappa di avvicinamento alla nuova produzione dal titolo provvisorio BIOS.

Oltre alle fasi di avvicinamento drammaturgico alla nuova produzione, le attività legate alla residenza prevedono un incontro pubblico di presentazione della compagnia coordinato da un critico teatrale, un laboratorio per teenagers in collaborazione con l'Istituto comprensivo "O. Parlangeli" di Novoli, la visione dello spettacolo "Il Paradiso degli idioti" ultimo lavoro della compagnia e un momento pubblico di restituzione dei risultati creativi del periodo di residenza.

BIOS (titolo provvisorio)
produzione La Ballata dei Lenna
di e con Nicola Di Chio, Paola Di Mitri e Miriam Fieno

Siamo partiti dal corpo.

Stiamo cercando di ricostruirne i contorni, ricreare quella mappa di gesti e azioni che compongono la nostra storia. Fulcro del lavoro sono i corpi dei due attori, un uomo e una donna, che attraverso una macchina da presa hanno seguito alcuni componenti della loro famiglia (l'uomo: il padre e il nonno, la donna: la madre e la nonna) per raccontare con discrezione alcune loro piccole azioni quotidiane e ritrovare in quei gesti la geografia di un corpo che vuole recuperare un suo centro. Ne sono venuti fuori racconti che non seguono un ordine cronologico ma si divertono a saltare dall'infanzia all'età matura, dalla giovinezza agli anni da uomo e donna adulti, giocando con la fisicità che cambia con

All. A p.15

il trascorrere degli anni, ma che al contempo appartiene sempre allo stesso corpo.

Ispiratore del lavoro è il romanzo di Paul Auster "Diario d'inverno" in cui l'autore pone sé stesso al centro della narrazione, usando le sensazioni corporee come input per rilanciare le sue riflessioni sull'esistenza, sul tempo che passa, sulla permanenza nel mondo. L'intento del progetto è quello di creare una storia lineare che attraverso la relazione tra il corpo dell'attore e i supporti multimediali provi a raccontare il modo in cui il corpo, invecchiando, si muove lungo l'arco della vita. Il dialogo degli attori con le immagini delle loro famiglie cerca una chiave universale che sappia parlare del corpo e del desiderio ad esso legato, attraverso l'osservazione di piccoli gesti, familiari ed essenziali e lontani dai falsi miti del nostro tempo.

DURATA 20 giorni (27 novembre, 16 dicembre 2016)

EVENTUALE ESITO DELLA RESIDENZA

Restituzione aperta della seconda fase di lavoro del progetto BIOS nella forma di un breve studio o di una conferenza/incontro pubblico con gli attori.

TIPOLOGIA DELLE AZIONI DI TUTORAGGIO NELLE AZIONI CONDIVISE: (CONSULENZE ARTISTICO-CULTURALI E/O ASSISTENZA TECNICO-ORGANIZZATIVA)

assistenza tecnica per la prova aperta

consulenza artistica

assistenza e consulenza organizzativa per elaborazione del piano produzione e comunicazione dello spettacolo BIOS.

COLLABORAZIONE PRODUTTIVA/ACCORDI CON ALTRI SOGGETTI TITOLARI DI RESIDENZA PARTECIPANTI AL PROGETTO

INTERREGIONALE PER GARANTIRE LA PERMANENZA DEGLI ARTISTI PRESSO ALTRE REGIONI

Kilowatt festival, Sansepolcro Toscana (25 marzo – 16 aprile 2016)

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità

La creazione dello spettacolo Bios muove i suoi passi dalla sperimentazione cinematografica con cui i due attori intenti a seguire le orme dei nonni e a trarre spunti utili ed eventuali commistioni dei due linguaggi (teatro e cinema) li riportano sulla scena. Il lavoro fondandosi su una drammaturgia originale indaga i temi della contemporaneità, l'interrogarsi sulla propria esistenza e posto nel mondo.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE RIFERITE ALLA PERMANENZA DI ARTISTI E FORMAZIONI IN RESIDENZA

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste

La presenza della compagnia La Ballata dei Lenna verrà annunciata e monitorata costantemente dai nostri canali social che comporranno una sorta di diario giornaliero in relazione al prodotto artistico

All. A p. 16

e all'interazione con la comunità novolese.

La conferenza/incontro d'avvio della residenza sarà l'occasione per presentarsi alla città e focalizzare attenzione attorno alla loro permanenza all'interno del teatro comunale.

La residenza verrà raccontata con lo sguardo Fotografico di Eliana Manca che contribuirà alla creazione di un racconto per immagini da condividere e rilanciare assieme ai pensieri e alla narrazione degli attori.

All'interno dei materiali promozionali della stagione verrà dedicato un apposito spazio contenente le informazioni su tutte le iniziative connesse e ai momenti pubblici.

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;
2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;
3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

10/12/2016 "VANIA", Compagnia Oyes (under 35), 1 recita
data da definire "CANTARE ALL'AMORE", Compagnia La ballata dei Lenna (under 35 ed emergenti), 1 recita

PROGRAMMAZIONE DI SPETTACOLI REALIZZATI IN RESIDENZA PRESSO ALTRI TITOLARI DI RESIDENZA PARTECIPANTI AL PROGETTO INTERREGIONALE:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate e della residenza grazie a cui è stato prodotto lo spettacolo:

Lo spettacolo Bios de La ballata dei Lenna debutterà la prossima estate dopo aver fatto tappa nella residenza di Novoli e in una residenza lombarda in definizione.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p.17

PROGRAMMAZIONE DI SPETTACOLI REALIZZATI DA ARTISTI EMERGENTI:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate

03/12/16 dicembre "IL PARADISO DEGLI IDIOTI", Compagnia La ballata dei Lenna (under 35), 1 recita

La compagnia la Ballata dei Lenna, formata da giovanissimi attori provenienti dall'Accademia teatrale "Nico Pepe" di Udine, ha conquistato in pochi anni un notevole interesse di critica e di pubblico nel panorama nazionale che gli è valso importanti collaborazioni come la prossima coproduzione con il Festival delle Colline Torinesi.

PROGRAMMAZIONE DI SPETTACOLI REALIZZATI DA ARTISTI UNDER 35 *(FORMAZIONI IN CUI IL REQUISITO SIA PREVALENTE NEL GRUPPO)*
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

10/12/2016 "VANIA" Compagnia Oyes (under 35), 1 recita

La giovanissima compagnia Oyes teatro, conosciuta al Festival Primavera dei teatri di Castrovillari, ha riscosso un notevole interesse nella critica e nel pubblico proprio per l'adattamento cechoviano di Zio Vanja. La loro permanenza in Puglia è frutto di un'azione di rete assieme alla residenza di Massafra del Teatro delle Forche.

EVENTUALI AZIONI A SUPPORTO DELLA VISIBILITÀ DELLA PROGRAMMAZIONE ATTRAVERSO STRUMENTI INNOVATIVI *(MESSA ON-LINE PIATTAFORME WEB, ECC.)*
Intendiamo proseguire con una promozione delle attività fondata sull'uso dei social media network, materiale pubblicitario stampato e attività di direct-marketing.
I social media sono integrati da una pagina facebook dedicata alle attività del Teatro Comunale di Novoli, un account twitter, una sito web (www.teatrocomunaledinovoli.com) costantemente aggiornato e una critica web che sarà coinvolta nella stagione permettendo lo sviluppo di uno sguardo più consapevole degli spettatori attraverso l'occhio esperto degli addetti nazionali della stampa di settore.
Abbiamo inoltre avviato delle azioni di direct-marketing cercando così di differenziare la promozione a seconda del target di riferimento e contattando individualmente i fruitori. I numerosi contatti avviati grazie al lavoro fatto sul territorio ci ha permesso di arricchire il nostro database di contatti e stringere rapporti consolidati con il nostro pubblico fidalizzato ulteriormente da azioni di direct-marketing.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

DESCRIVERE SINTETICAMENTE LE AZIONI DI PROMOZIONE PREVISTE:

Una conferenza incontro presenterà la stagione focalizzando l'attenzione sulla residenza della compagnia La ballata dei lenna e sulle giovani formazioni artistiche presenti in cartellone.

All. A p. 18

Sui blog e sui nuovi portali della critica on line si dedicherà attenzione sia al work in progress del nuovo spettacolo Bios e della permanenza della compagnia La Ballata dei Lenna a Novoli così come degli altri soggetti presenti nel cartellone della stagione di Novoli.
Azioni teatrali sparse frutto del laboratorio teatrale condotto con i teenagers novolesi dalla compagnia La ballata dei Lenna e dai nostri operatori, attraverseranno il paese per promuovere la stagione in una forma originale capace di smuovere l'interesse della collettività.

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:
AZIONI DI FORMAZIONE E DI EDUCAZIONE DEL PUBBLICO CON ATTENZIONE AL PUBBLICO GIOVANE E AI LINGUAGGI
CONTEMPORANEI

CAMPUS TEATRALE ESTIVO: L'attività principale prevista per la formazione del giovane pubblico è un campus teatrale rivolto ai ragazzi che attraverso il gioco potranno sperimentare ed avvicinarsi alle diverse arti teatrali con un focus specifico sulle attività circensi.
I ragazzi che si avvicinano all'età adolescenziale sono in media poco presenti in teatro e crediamo che queste discipline possano essere un valido strumento per riportare il loro interesse verso il mondo del teatro. Far giocare i ragazzi con il proprio corpo, far sperimentare divertendosi è una delle azioni che ci ha permesso di tessere relazioni forti con una fascia di pubblico molto debole.
Tantissimi studiosi riconoscono ormai nelle arti circensi un potenziale formativo che permette a tutti di esplorare le capacità del proprio corpo, ognuno secondo le caratteristiche individuali, maturare autostima e fiducia in se stessi. Un percorso in cui i bambini e i ragazzi hanno provato il piacere di sentirsi acrobati, giocolieri ed equilibristi.
Il campus si è concluso con una festa conclusiva durante la quale tutti i ragazzi hanno presentato il lavoro finale dal titolo MISUAT - Medici Importanti Specializzati Utili a Tutti, facendo affiorare parole ed emozioni, e coinvolgere la cittadinanza in una coloratissima parata di strada che nelle vesti di "medici" speciali potrà dispensare cure nel paese con le armi della tenerezza e dell'ironia.
Le attività si sono svolte durante l'arco di due settimane a partire dal 22 sino al 31 agosto 2016.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 19

LUOGO DI SVOLGIMENTO DEL PROGETTO/DELLE ATTIVITÀ PREVISTE

Sala ex mercato – Drogheria delle arti

PERSONALE COINVOLTO NELLE AZIONI DI PROMOZIONE DEL PUBBLICO (NUMERO, ATTIVITÀ SVOLTE..)

CAMPUS TEATRALE ESTIVO: n. 10 incontri continuativi a partire dal 22 sino al 31 agosto 2016

Gli incontri si sono svolti in orario mattutino dalle 8:30 alle 13:00 coinvolgendo in maniera costante e continuativa i partecipanti.

OPERATORI COINVOLTI:

2 operatori dal 22 al 27 agosto

3 operatori dal 29 al 31 agosto

PARTECIPAZIONI A INCONTRI INTERREGIONALI FRA I TITOLARI DI RESIDENZA PER LO SCAMBIO DELLE PRATICHE

24 e 25 ottobre, III Incontro Nazionale delle Residenze, Torino

---

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 20

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI

Titolare della Residenza TEATRO LE FORCHE SOCIETA COOPERATIVA
Spazio gestito TEATRO COMUNALE "N. RESTA" MASSAFRA

Tipologia Residenza: insediamento ☐ sviluppo ☐ consolidamento ⊘

Nome Compagnia/e, artista/i in residenza COMPAGNIA OYES DI MILANO; ONIRICA POETICA TEATRALE ONIRICA DI BARI

Luogo di svolgimento della residenza TEATRO "N RESTA" COMUNALE MASSAFRA

Descrizione sintetica del/i progetto/i di residenza con riferimento alle attività condivise:
COMPAGNIA OYES DI MILANO
Attività di ricerca e studio attorno a Cechov, con particolare riferimento al testo del Gabbiano e a una sua riscrittura. Un' occasione per sfuggire agli stereotipi borghesi che aleggiano attorno alla figura di Cechov: nei suoi testi si può e si deve ridere. Le sfumature della vicenda, la complessità delle relazioni e le fragilità dei personaggi permettono di passare in poco tempo da atmosfere tragiche a situazioni comiche. Si coglieranno con particolare attenzione gli spunti di contemporaneità che il testo offre.
Oltre alla consulenza artistica e all'assistenza tecnica, sono previste azioni condivise con il pubblico, con particolare riferimento al pubblico dei giovani studenti degli istituti superiori del territorio. (Liceo Linguistico Aristosseno – Taranto)
COMPAGNIA ONIRICA POETICA TEATRALE
Attività di ricerca e studio attorno alla tradizione del mito e delle leggende. L'attività di ricerca si concentrerà sul processo di drammaturgia teso a legare il mondo dei miti con le tematiche di tutela e conservazione dell'ambiente, con particolare riferimento ai temi della deforestazione, della vegetazione mediterranea e dell'habitat marino.

Durata (non inferiore a 20GG COMPLESSIVE PER LE DUE RESIDENZE) VENTI GIORNATE COMPLESSIVAMENTE

Eventuale esito della residenza da definire

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 21

Tipologia delle azioni di tutoraggio nelle azioni condivise: (consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa)
DISPONIBILITÀ DELLO SPAZIO TEATRALE DEL TEATRO COMUNALE DI MASSAFRA.
DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE ARTISTICO TECNICO ED ORGANIZATIVO DELLA RESIDENZA.

Collaborazione produttiva/accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto interregionale per garantire la permanenza degli artisti presso altre regioni
ACCCORDO COLLABORATIVO CON LA RESIDENZA CENTRO TEATRALE UMBRO DI GUBBIO;
ACCORDO COLLABORATIVO CON RESIDENZA TEATRALE DRACMA TEATRO DI POLISTENA (CALABRIA):
ACCORDO COLLABORATIVO CON LA RESIDENZA MULTIDISCIPLINARE DELLA BASSA SABINA COMUNE DI MONTOPOLI SABINA, POGGIO MIRTETO E SALISANO (LAZIO);
ACCORDO COLLABORATIVO CON RESIDENZA TEATRALE ZOE DI FOLIGNO (UMBRIA)

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità
ENTRAMBE LE COMPAGNIE SONO UNDER 35 . LA RISCRITTURA DEI TESTI SI AVVALE DELLA COLLABORAZIONE DEL COLLETTIVO DEGLI AUTORI E TRADUTTORI "LA LANGUE DU BURRICOUT" DI PARIGI NONCHÈ DELLA COOLLABORAZIONE DEI MAGGIORI ENTI DI PROMOZIONE DELL'AMBIENTE.
LA MULTIDISCIPLINARIETÀ SI DECLINA ATTRAVERSO L'USO DI VIDEO - TEATRO, L'USO RIVISITATO DELLE MASCHERE DELLA COMMEDIA DELL'ARTE, MOVIMENTO APPLCATO ALLA COMMEDIA DELL'ARTE, ANALISI VIDEO DOCUMENTARI.
ENTRAMBI I LAVORI DI RICERCA IN RESIDENZA PUNTERANNO A PORTARE ALLA LUCE GLI SPUNTI CONTEMPORANEI CHE I TESTI IN OGGETTO OFFRONO, E SU DI ESSI INNESTARE LE RELATIVE RIELABORAZIONI DRAMMATURGICHE.

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste

LE AZIONI DI PROMOZIONE PUNTERANNO A FAR CONOSCERE AL TERRITORIO L'ATTIVITÀ DI RICERCA E STUDIO CONDOTTA DALLE COMPAGNIE OYES E ONIRICA POETICA TEATRALE NEL TEATRO COMUNALE DI MASSAFRA.
IN SINTESI LE AZIONI PREVISTE:
- - MESSA ON-LINE SUL SITO INTERNET WWW.TEATRODELLEFORCHE.COM DI UNA SEZIONE DEDICATA ALL'ATTIVITÀ CHE SARÀ IMPLEMENTATA CON TESTI, FOTO E VIDEO;
- - SOCIAL MEDIA STORYTELLING E DIFFUSIONE SULLE PAGINE DEI SOCIAL NETWORK (FACEBOOK, TWITTER, INSTAGRAM) DEL TEATRO DELLE FORCHE DI BREVI TESTI, FOTO, VIDEO, INTERVISTE AGLI ARTISTI E DIRETTE DI QUANTO ACCADE IN TEATRO;
- - UFFICIO STAMPA;
- - NEWSLETTER;
- - PROMOZIONE DI INCONTRI E MOMENTI FORMATIVI APERTI ALLA CITTADINANZA, AGLI ISTITUTI SCOLASTICI SUPERIORI E AL TESSUTO ASSOCIATIVO DEL TERRITORIO;
- - ACCORDI DI PARTNERSHIP CON ENTI, ASSOCIAZIONI, ISTITUTI BANCARI, COOPERATIVE TURISTICHE, ATTIVITÀ RISTORATIVE E BED AND BREAKFAST DEL TERRITORIO.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 22

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;
2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;
3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:
VANIA – COMPAGNIA OYES
RECITE – 1
ATTORI - VANESSA KORN, UMBERTO TERRUSO, FABIO ZULLI FRANCESCA GEMMA
IDEAZIONE E REGIA - STEFANO CORDELLA
DRAMMATURGIA COLLETTIVA A PARTIRE DA ZIO VANIA DI CECOV
DISEGNO LUCI :MARCELLO FALCO
COSTUMI E SCENE: STEFANIA CORRETTI E MARIA BARBARA DE MARCO

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso altri titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate e della residenza grazie a cui è stato prodotto lo spettacolo:

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti emergenti:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate
VANIA - COMPAGNIA OYES _ COMPAGNIA EMERGENTE SPETTACOLO VINCITORE DEL PREMIO NAZIONALE "GIOVANI REALTA DEL TEATRO 2015" E SPETTACOLO CHE HA OTTENUTO UNA MENZIONE SPECIALEALLA DRAMMATURGIA ALL'INTERNO DI "INVENTARIA 2016" "TEATRO DELL'OROLOGIO" ROMA

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 23

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti under 35 ***(formazioni in cui il requisito sia prevalente nel gruppo)***
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

Eventuali azioni a supporto della visibilità della programmazione attraverso strumenti innovativi ***(messa on-line piattaforme web, ecc.)***
SARÀ DATA VISIBILITÀ ALLO SPETTACOLO PROGRAMMATO NELLA SEZIONE DEDICATA AL PROGETTO SUL SITO WWW.TEATRODELLEFORCHE.COM.
MESSA ONLINE DEL TRAILEIR, DI ALCUNI STRALCI DELLO SPETTACOLO SULLE PAGINE DEI SOCIAL NETWORK E DI VIDEO CON INTERVISTE ALLA COMPAGNIA (FACEBOOK, TWITTER, INSTAGRAM).

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste:
L'ATTIVITÀ DI PROMOZIONE AVRÀ COME INTERLOCUTORE PRIVILEGIATO IL MONDO DELLA SCUOLA.
LO SPETTACOLO "VANIA", PROGRAMMATO IN MATINÉE, SARÀ PROMOSSO DIRETTAMENTE NEGLI ISTITUTI SCOLASTICI SUPERIORI DEL TERRITORIO DA PARTE DELLA COMPAGNIA TITOLARE DI RESIDENZA. A DOCENTI E STUDENTI SARANNO PROPOSTI UN MOMENTO DI PREPARAZIONE ALLA VISIONE DELLO SPETTACOLO SUL TESTO DI CECHOV E UN INCONTRO SUCCESSIVO ALLA SUA VISIONE, IN TEATRO, AL TERMINE DELLO SPETTACOLO, CON LA COMPAGNIA OSPITE, AL FINE DI ACCRESCERE NELLE FASCE GIOVANILI L'INTERESSE VERSO LO SPETTACOLO DAL VIVO.
LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ SARÀ ACCOMPAGNATA DA UN'ADEGUATA POLITICA DI CONTENIMENTO DEL PREZZO DEL BIGLIETTO PER GLI STUDENTI.

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:

1) QUATTRO GIORNATE DI LABORATORIO TEATRALE PER BAMBINI, OPERATORI E GENITORI FINALIZZATE A UN PERCORSO DI CONOSCENZA ED ALFABETIZZAZIONE TEATRALE NONCHÉ ALLA SUCCESSIVA PARTECIPAZIONE E FREQUENTAZIONE DELLE RASSEGNE TEATRALI LORO DEDICATE ANCHE TRAMITE LO SPOSTAMENTO PRESSO ALTRE RESIDENZE TEATRALI (TROVARE ACCORDO CON ALTRA RESIDENZA PUGLIESE).

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 24

2) **10 INCONTRI A CARATTERE SEMINARIALE SUL TEMA DEL VIAGGIO** NELLO SVILUPPO DI PRATICHE DI APPROFONDIMENTO ESPRESSIVO E INTERPRETATIVO IN COLLABORAZIONE CON L'ASSOCIAZIONE CULTURALE E TEATRALE "TEATRARSI" DI PALAGIANO DESTINATA AD UN PUBBLICO DI ADULTI E FINALIZZATA ALLA COMPRENSIONE E DIFFUSIONE DEL TEATRO CONTEMPORANEO E ALLA INTERPRETAZIONE SCENICA DEI NUOVI LINGUAGGI DRAMMATURGICI. IL PROGETTO SI SVOLGERA' OLTRE CHE NEL TEATRO COMUNALE ANCHE A PALAGIANO TERRITORIO DI APPARTENENZA DEL PUBBLICO DELLA RESIDENZA.
LA CONDUZIONE E' AFFIDATA ALL'ATTORE E REGISTA GIANCARLO LUCE.

3) **PERCORSO DI FORMAZIONE TEATRO E PAESAGGIO.**
UN PROGETTO DI FORMAZIONE DEL PUBBLICO, CHE ABBIA COME OBIETTIVO QUELLO DI RINSALDARE IL LEGAME CON LA COMUNITÀ DI CITTADINI, PRIMA ANCORA CHE DI SPETTATORI, IL PROGETTO PREVEDE UN PERCORSO DI FORMAZIONE CHE CONTAMINI IL TEATRO COL PAESAGGIO. OLTRE AL LUOGO DI MASSAFRA, SEDE DELLA RESIDENZA, SI INTERVENIENE SU UN LUOGO ALTRETTANTO SIGNIFICATIVO PER LA COMUNITÀ MASSAFRESE, CHIATONA; OVVERO LA SUA MARINA. QUESTO ANCHE CON L'OBIETTIVO DI COINVOLGERE IL TARGET DEL GIOVANE PUBBLICO E DI COLLABORARE CON GLI OPERATORI CULTURALI DEL TERRITORIO. (ASSOCIAZIONE RESET). ALTRO OBIETTIVO È QUELLO DEL CONSOLIDAMENTO DEL PUBBLICO DI RIFERIMENTO CON LA CREAZIONE DI UNA COMUNITÀ DI SPETTATORI NON OCCASIONALI, PARTECIPANTI ATTIVI DELLA VITA DELLA COMUNITÀ DI RIFERIMENTO DELLA RESIDENZA TEATRALE.
LA RESIDENZA, INTENDE PROMUOVERE UNA SOCIALITÀ PARTECIPATA, UNA FRUIZIONE ATTIVA ATTRAVERSO ESPERIENZE COOPERATIVE E COLLABORATIVE. DI PROMOZIONE, VALORIZZAZIONE E IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI, STORIE E VALORI DI UN GRUPPO E/O UN TERRITORIO.
IL PROGETTO PREVEDE IL COINVOLGIMENTO ESTERNO DEL REGISTA GIGI GHERZI, OLTRE CHE DEL PERSONALE ARTISTICO E ORGANIZZATIVO DELLA RESIDENZA LA COLLABORAZIONE CON L'ASSOCIAZIONE RESET, UN COLLETTIVO CHE OPERA PER ATTIVARE PROCESSI DI RIGENERAZIONE URBANA PER LE MARINE DELL'ARCO IONICO E CON IL PROGETTO CLESSIDRA.
PER QUESTO PROGETTO LA RESIDENZA SI AVVALE DELLA COLLABORAZIONE ARTISTICA DEL REGISTA **GIGI GHERZI**.

NELLO SPECIFICO L'ATTIVITÀ INCLUDE UN INCONTRO COL PUBBLICO PRELIMINARE, SVOLTOSI IL 13 FEBBRAIO, NEL TEATRO COMUNALE DI MASSAFRA, SEDE DELLA RESIDENZA, ANIMATO DA GIGI GHERZI.
IL CUORE DELL'ATTIVITÀ INVECE PRENDERÀ CORPO AD AGOSTO 2016, NEL PERIODO DALL'1 AL 5, IN OCCASIONE DELLA TERZA EDIZIONE DEL PROGETTO "CLESSIDRA, IL TEATRO A PARTIRE DAI LUOGHI", SEMPRE CON LA PRESENZA DEL REGISTA GIGI GHERZI.

Luogo di svolgimento del progetto/delle attività previste

a) PERCORSO DI CONOSCENZA ED ALFABETIZZAZIONE TEATRALE PER BAMBINI DA TENERSI PRESSO IL CENTRO DIURNO "CHICCO DI GRANO" DI MASSAFRA.
b) SCUOLA PRIMARIA "G. RODARI" DI PALAGIANO
c) TEATRO COMUNALE DI MASSAFRA (SEDE DELLA RESIDENZA); CHIATONA (MARINA DI MASSAFRA) CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA RISERVA NATURALE DELLA PINETA MARINELLA..

Azioni di formazione e di educazione del pubblico con attenzione al pubblico giovane e ai linguaggi contemporanei

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 25

IL PRGETTO, NELLA SUA TOTALITÀ, SI PROPONE COME PROCESSO FORMATIVO CHE INTERVIENE NELLA MATRICE TERRITORIALE; TENDE A COLTIVARE L'INCONTRO TRA ARTISTI E GIOVANI GENERAZIONI CHE RIFLETTONO E ATTUANO PROCESSI PARTECIPATI DI COMPRENSIONE DELLA PROPRIA COMUNITÀ, ATTRAVERSO LO STRUMENTO DEL TEATRO.

Personale coinvolto nelle azioni di promozione del pubblico (numero, attività svolte..)

UN MEDIATORE TEATRALE; UN ORGANIZZATORE; DUE REGISTI; 1 ADDETTO UFFICIO STAMPA - REDAZIONI DI COMUNICATI STAMPA E MESSA ON-LINE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE
1 VIDEOMAKER - FOTO/VIDEO DELLE ATTIVITÀ PREVISTE

Partecipazioni a incontri interregionali fra i titolari di residenza per lo scambio delle pratiche
"RESIDENZE A CONFRONTO": 23, 24 MARZO 2016 PRESSO MONTOPOLI DI SABINA (RI)
"GUARDIAMOCI IN FACCIA": 4 MARZO 2016, PRESSO TEATRO LA FENICE DI ARSOLI
"SECONDO INCONTRO NAZIONALE RESIDENZE ARTISTICHE TEATRALI" PRESSO VILLA MANIN - CODROIPO (UDINE), TENUTOSI IL 16 E 17 GIUGNO 2016.
"TERZO INCONTRO NAZIONALE RESIDENZE ARTISTICHE TEATRALI", 24-25 OTTOBRE, PRESSO TORINO.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura -

All. A p. 26

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI

Titolare della Residenza CREST Soc. Coop.
Spazio gestito TaTÁ – Teatro Auditorium Tamburi

Tipologia Residenza: insediamento x sviluppo ☐ consolidamento ☐

Nome Compagnia/e, artista/i in residenza : Compagnia Bartolini/Baronio

Luogo di svolgimento della residenza: Teatro TaTÀ

Descrizione sintetica del/i progetto/i di residenza con riferimento alle attività condivise:

Il lavoro di residenza presso il teatro TaTà costituisce la prima tappa di costruzione del nuovo spettacolo della compagnia Bartolini/Baronio, che sarà un libero adattamento del romanzo "Correzione" di Thomas Bernhard. Il percorso si struttura attraverso il formato aperto interdisciplinare del RedReading già sperimentato dalla compagnia in dieci produzioni, ognuna distinta e fortemente connotata per contenuto e taglio del messaggio. La struttura drammaturgica di Correzione intende intrecciare elementi autobiografici degli autori con una visione più ampia della storia collettiva utilizzando, come trama sotterranea la struttura del romanzo il cui protagonista, avendo ereditato una vasta fortuna alla morte dei genitori decide di impegnare tali risorse nell'ideazione e realizzazione di un incredibile progetto architettonico per l'unico membro della famiglia che avesse mai amato: sua sorella, decidendo di costruire nel centro della foresta di Kobernausser (Austria settentrionale) un'abitazione a forma di immenso cono. Tale Cono sarà la casa ideale per la sorella e la renderà felice perché costruzione perfettamente adattata alla sua persona. L'edificazione della casa ideale, luogo di protezione, crescita e salvaguardia è l'azione che guiderà la costruzione dello spettacolo e la creazione di un ambiente scenico/territorio esistenziale composto da elementi minuti e personali, capaci di edificare una forte empatia con gli spettatori e di fare di tale empatia il genio guida dello sviluppo del linguaggio artistico.

Il lavoro si svolgerà attraverso le seguenti tappe:
- prove in sala per Tamara Bartolini e Michele Baronio

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p.27

- lavoro sulla stesura del testo e sulle prime sperimentazioni di drammaturgia scenica
- interviste sul territorio di Taranto a cura di Tamara Bartolini e Michele Baronio a partire dalla domanda sull'immaginarsi il futuro che lo spettacolo porta con sé
- primo studio dei materiali drammaturgici in relazione al suono, a cura di Michele Baronio
- prima messa a punto di elementi di scenotecnica a cura di Michele Baronio

Durata (non inferiore a ....) 20 giorni

Eventuale esito della residenza

Trattandosi di primo momento di studio e di ricerca e costruzione drammaturgica del lavoro, si è ritenuto, insieme alla compagnia, di non procedere a esito pubblico, per tutelare la fragilità del lavoro in questa sua prima fase.

Tipologia delle azioni di tutoraggio nelle azioni condivise: (consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa)

Il Crest si impegna ad offrire alla Compagnia in residenza il supporto artistico e culturale nella relazione col territorio e, quindi, anche nella organizzazione e realizzazione delle interviste. Il Crest sarà inoltre impegnato ad offrire l'assistenza tecnica necessaria ai fini dell'allestimento di base della scena.

Collaborazione produttiva/accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto interregionale per garantire la permanenza degli artisti presso altre regioni

In questo progetto di residenza il Crest collabora al Progetto interregionale con l'Associazione 20chiavi Teatro, titolare di residenza nella regione Lazio, presso il teatro Comunale di Vignanello (VT).

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità

Il progetto artistico "Correzione" si nutre fortemente di connessioni con la contemporaneità proprio grazie alla metodologia drammaturgica utilizzata. Il processo di costruzione del testo, che si ispira ad un romanzo ma non se ne attiene fedelmente, induce gli autori ad interrogare i luoghi e i cittadini del territorio di residenza per individuare nel presente gli elementi che interessano la loro ricerca. Il lavoro di composizione sonora originale costituisce, inoltre, un aspetto di attraversamento multidisciplinare di rilievo, in linea con gli elementi che distinguono la compagnia Bartolini/Baronio nel panorama teatrale nazionale.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE RIFERITE ALLA PERMANENZA DI ARTISTI E FORMAZIONI IN RESIDENZA

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste

Poiché il lavoro che sarà svolto a Taranto dalla compagnia Bartolini/Baronio consisterà proprio nell'avvio del processo creativo della messinscena, di comune accordo è stato deciso di non avere in questa fase presentazioni al pubblico. Pertanto non si prevedono azioni di promozione.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 28

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;
2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;
3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

_____

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso altri titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate e della residenza grazie a cui è stato prodotto lo spettacolo:

_____

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti emergenti:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti under 35 ***(formazioni in cui il requisito sia prevalente nel gruppo)***

Il 13 Novembre 2016 alle ore 18 (unica replica) la compagnia under 35 Punta Corsara metterà in scena presso il TaTà lo spettacolo "Hamlet Travestie", nell'ambito della programmazione destinata al pubblico della prosa. La compagnia campana è tra i vincitori del Premio della Critica 2014. Ha vinto il Premio IN-BOX 2013 per Il Convegno, il Premio Ubu Nuovo Attore Under 30 2012, il Premio Ubu Speciale e il Premio Hystrio Altre Muse 2010. A partire dalla suggestione di Hamlet Travestie, riscrittura burlesque settecentesca di John Poole in cui la parodia ribadisce l'autorità dell'Originale, passando per Don Fausto di Antonio Petito, lì dove invece l'Opera diventa vicenda matrice di altre vicende, immaginiamo una famiglia napoletana a noi contemporanea, i Barilotto, in un quadro di sopravvivenza quotidiana: il lavoro, la casa, i debiti, i figli. Ognuno vincolato al legame con l'altro, in una stasi violenta in nome dell'unità. Dissociato, se ne sta Amleto, il figlio senza padre, ad alimentare un conflitto di dubbi e paure. Intorno a lui, la vicenda

All. A p. 29

shakespeariana diventa il canovaccio di un'improbabile tragedia redentiva, una fallimentare distribuzione di ruoli e di pesi, in una famiglia fuori di sesto.

Eventuali azioni a supporto della visibilità della programmazione attraverso strumenti innovativi *(messa on-line piattaforme web, ecc.)*

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste:

Come di consueto il Crest attiverà tutte le azioni atte a supportare la programmazione, attraverso le sue piattaforme social, Facebook, Instagram, Twitter, e attraverso la diffusione capillare di flyer cartacei presso i punti strategici della città di Taranto e della provincia. La diffusione promozionale fa leva inoltre sul sito internet del Crest, costantemente aggiornato, e sull'ufficio stampa.

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:
Il progetto di formazione del pubblico del Crest intende sostenere e approfondire la relazione dello spettacolo con lo spettatore, al fine di stimolare la sua curiosità e far crescere il suo grado di lettura dei molteplici linguaggi del teatro. Il percorso si inscrive in un processo di alfabetizzazione e crescita culturale che, soprattutto negli anni di 'residenza', il Crest sta portando avanti nella città di Taranto e che ha dato vita a quella graduale e proficua trasformazione degli abitanti in cittadini 'curiosi' prima e in spettatori 'attivi' poi. Tale percorso non è assolutamente da considerarsi concluso, anzi. Riteniamo di essere nel pieno di questo processo e mai come ora serve uno sforzo per proseguire quanto avviato e, parallelamente, allargare la rete dei partner e degli stackeholder, migliorare la diffusione delle attività sul territorio, allargare le fasce d'età del pubblico coinvolto a sostegno della migliore fruizione della rassegna di prosa "Periferie", che prende il via il 12 novembre e della rassegna domenicale "Favole e Tamburi".
Dopo otto anni di programmazione - dal 2008 ad oggi - il Crest sente l'esigenza di rivolgere i suoi percorsi di formazione ad un'ampia platea di partecipanti che miri non solo a fidelizzare il pubblico già esistente, per renderlo più curioso e sempre affamato di offerta culturale, ma ancor di più ad avvicinarne di nuovi. A partire dalla considerazione che il "nostro" pubblico abbraccia perlopiù la fascia d'età compresa tra 35 e 60 anni, l'obiettivo prioritario che intendiamo darci è il maggiore coinvolgimento dei giovani. Per questo la nostra attenzione sarà puntata a creare occasioni di inclusione pescando nell'ambito di più e diverse

Ale. A p. 30

situazioni: dall'Università alle associazioni giovanili, dalla scuola per adulti alle strutture di accoglienza dei migranti. Supportati e motivati in questo dalla tematica che sta alla base del progetto artistico: "Periferie. Confini visibili e non visibili", che sarà sviluppato a partire da un convegno che si terrà lo stesso 12 novembre, in collaborazione con il Politecnico di Bari, l'Ordine degli architetti di Taranto, l'Assessorato al welfare della Regione Puglia.
Il percorso di accompagnamento alla visione degli spettacoli, chiamato *"Allenare lo sguardo"*, sin qui articolato in appuntamenti preparatori e successivi ai singoli spettacoli con l'ausilio di esperti, diventa quest'anno un vero e proprio laboratorio di alfabetizzazione al linguaggio teatrale destinato agli studenti di Università e Politecnico con sede a Taranto. Il percorso si prefigge lo scopo di motivare, incuriosire i giovani ai linguaggi del teatro oltre che alla visione degli spettacoli.

Il tema dei confini – proposto dallo spettacolo concerto "Café Jerusalem" dei Radiodervish - sarà al centro del laboratorio da realizzare con il Centro Provinciale Istruzione Adulti che cura anche l'istruzione dei giovani migranti, in rete con alcuni Istituti Superiori della città. A partire dal graphic novel "Il Paradiso di Salima", prodotto dalla Fondazione internazionale Lelio Basso, che narra la storia dei Palestinesi e della loro terra attraverso gli occhi della piccola Salima, il laboratorio non solo promuoverà la visione dello spettacolo, ma avrà l'obiettivo di realizzare un originale evento teatrale.

Blog/social media e video: Il Crest approntera video promozionali della rassegna e delle attività collaterali e allestirà un blog interattivo per gli spettatori delle scuole. Restando sull'obiettivo di porre maggiore attenzione ad una promozione mirata sui giovani, intendiamo mettere a punto un progetto multimediale ad hoc per dare corso ad una sorta di "circuito dedicato" sui social, anche avvalendoci della collaborazione con agenzie specializzate.
Inoltre, la diffusione dei materiali promozionali avverrà al solito attivando collaborazioni con gli esercenti soci della Confcommercio Taranto e pianificando collaborazioni con associazioni del territorio e le compagnie amatoriali presenti nei vari comuni della provincia.

Promozione - per il secondo anno – destinata agli insegnanti: *Ti Bonus... anch'io!*. Il Crest offre ai docenti – di ogni ordine e grado – un'esperienza del teatro a tutto tondo, capace di coniugare la fruizione di uno spettacolo di qualità con un approccio diretto alle tecniche del linguaggio teatrale, considerato da sempre il miglior "complice" di una didattica innovativa. "Ti Bonus... anch'io!" offrirà ai docenti, che sceglieranno di "investire" parte del proprio bonus in abbonamento o biglietti per gli spettacoli delle due rassegne al TaTÀ, la partecipazione a titolo gratuito ad un laboratorio di quindici ore dedicato alla conoscenza delle tecniche di animazione teatrale.

"Il TatÁ si fa tata". Dopo gli ottimi risultati delle scorse edizioni, il Crest implementa i servizi per il suo pubblico. In particolare "Tatà si fa tata" è uno spazio ludico per bambini che apre i battenti durante le serate di spettacolo, offrendo così un servizio a quei genitori che potranno non rinunciare ad andare a teatro nonostante abbiano bambini "al seguito". L'accesso al servizio è gratuito.

"Teatro in vetrina"
Il teatro TatÁ è situato in un quartiere periferico, per questo da sempre poniamo particolare attenzione ad essere presenti con una buona informazione delle nostre attività nelle strade dei quartieri più centrali e popolosi. Alle maggiori librerie della città – dislocate appunto nelle zone per noi "interessanti" - chiediamo di accompagnare la promozione della rassegna "Periferie" con l'allestimento di vetrine dedicate di volta in volta all'autore e/o alla tematica particolare di ciascun spettacolo. Sempre le librerie sono i nostri interlocutori privilegiati per la promozione di nuovo pubblico anche tramite la consegna di coupon che consentono l'accesso agli spettacoli con biglietto ridotto.

All. A p. 31

A quest'ultima azione descritta (la consegna di coupon), si affiancano anche alcune sale cinematografiche della città con il chiaro intento di mettere in una sorta di "circolo virtuoso" gli utenti delle librerie, gli spettatori del teatro e quelli del cinema.

Luogo di svolgimento del progetto/delle attività previste

Tutte le attività fin qui descritte hanno come epicentro la struttura del teatro TatÁ, considerando non solo la sala teatrale, ma anche gli ampi spazi del foyer e lo spazio dedicato ai laboratori di formazione, denominato TatÁ Off, tuttavia per la loro varietà faranno riferimento a spazi, a strutture, a scuole, ad enti commerciali e quant'altro dislocati nella intera città.

Il progetto entrerà in piena fase operativa dal mese di settembre a tutto dicembre 2016, grazie ad un lavoro di programmazione e di organizzazione svolto già a luglio.

Azioni di formazione e di educazione del pubblico con attenzione al pubblico giovane e ai linguaggi contemporanei

Il Crest approntera video promozionali della rassegna e delle attività collaterali e allestirà un blog interattivo per gli spettatori delle scuole. Restando sull'obiettivo di porre maggiore attenzione ad una promozione mirata sui giovani, intendiamo mettere a punto un progetto multimediale ad hoc per dare corso ad una sorta di "circuito dedicato" sui social, anche avvalendoci della collaborazione con agenzie specializzate. Inoltre, intendiamo dare seguito alla positiva esperienza di proporre presso il TaTà la visione di film e/o di corti che possono contribuire ad allargare ed approfondire di volta in volta la tematica o gli autori degli spettacoli teatrali. Sicuramente saranno presentati: "Robinù" di Michele Santoro sul tema della periferia napoletana e "Babbo Natale" di Alessandro Valenti su quello dei migranti.

Personale coinvolto nelle azioni di promozione del pubblico (numero, attività svolte..)

Intorno alla realizzazione delle attività saranno coinvolti esperti esterni ed operatori interni. In particolare, quali esperti esterni indichiamo una rosa di professionisti – più o meno giovani – con i quali potremo avviare proficue collaborazioni: Tore Scuro, giornalista e critico teatrale della Gazzetta del Mezzogiorno, Carla Longo, psicologa con esperienze di gestione delle dinamiche di gruppo nella comunicazione, Silvia Imperatrice, giovane laureata con master sull'organizzazione di eventi, Marina Luzzi, giovane giornalista iscritta all'Ordine con esperienze di marketing dello spettacolo.

All'interno del C.r.e.s.t. si va consolidando un gruppo di operatrici che, negli ultimi due anni, hanno curato la propria formazione con seminari di formazione (organizzati ad es. da Fondazione Fitzcarraldo, dalla rivista Hystrio) oltre che con attività di stage presso la nostra struttura. Si rinviene in questo progetto l'occasione giusta per valorizzare e far sedimentare le esperienze di questo piccolo gruppo, di cui fanno parte: Serena Lucarella, Carla Molinari e Luana Dilevrano.

La conduzione dei diversi laboratori descritti sarà invece affidata agli attori della compagnia: Giovanni Guarino, Novellino Sandra e Gaetano Colella saranno affiancati dai più giovani Delia De Marco, Giuseppe Marzio e Valentina Elia.

Partecipazioni a incontri interregionali fra i titolari di residenza per lo scambio delle pratiche

Riguardo alle occasioni di confronto interregionale, il Crest è stato finora presente alle manifestazioni: al 2° Incontro Nazionale delle residenze artistiche svoltosi a Codroipo (UD) il 16 e 17 giugno e sarà presente – nella persona di Gaetano Colella – al prossimo incontro di Torino a fine ottobre.

La legale rappresentante

C.R.E.S.T. COOP. ARL
Via Grazia Deledda s.n.
74123 TARANTO
Partita IVA: 01928260732

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 32

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. Favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI

Titolare della Residenza BOTTEGA DEGLI APOCRIFI
Spazio gestito TEATRO COMUNALE "LUCIO DALLA" DI MANFREDONIA

Tipologia Residenza: insediamento ☐ sviluppo ☐ consolidamento ☒

Nome Compagnia/e, artista/i in residenza KUZIBA TEATRO

Luogo di svolgimento della residenza MANFREDONIA, TEATRO COMUNALE "LUCIO DALLA"

Descrizione sintetica del/i progetto/i di residenza con riferimento alle attività condivise:
Questo progetto nasce con l'obiettivo di attraversare una Comunità con la pratica artistica.
Da un lato è per la compagnia ospitata uno spazio/tempo protetto in cui permettere al proprio lavoro di germinare: coordinate di possibilità, di protezione e libertà insieme. Un qui e ora in cui l'esperimento è d'obbligo e l'errore è lecito.
Dall'altro è per la compagnia ospitante un nutrimento per la sua comunità di riferimento, perché accogliere degli artisti in residenza nel proprio teatro altro non è che farsi tramite tra loro e il proprio territorio.
Per queste ragioni il progetto di residenza artistica della compagnia Kuziba presso il Teatro Comunale "Lucio Dalla" sarà caratterizzata dalla contaminazione con la Città e dal confronto tra le due compagnie, che pure avrà cura di lasciare totale autonomia creativa alla compagnia ospite.

- **Il filo rosso della residenza.**
  La stazione Termini di Roma come la stazione di Milano centrale, come la villa comunale di Manfredonia: punto di ritrovo delle badanti straniere in libera uscita mezza giornata a settimana. Storie che si assomigliano.
  Quarantotto ore di viaggio. Solo andata. Destinazione Italia. Clandestine sì, ma la sanatoria non tarderà ad arrivare, l'Italia ha bisogno di loro. Professione: Badanti. Un'invenzione tutta italiana, grazie alla quale lo Stato risparmia 7 milioni di euro l'anno, mentre le famiglie spendono, per mantenere in piedi un welfare altrimenti inesistente.
  1.700.000 donne migranti: filippine, sudamericane, ucraine, polacche, moldave, rumene. Grazie al passaparola tra connazionali sono incoraggiate a partire. Spesso scelgono di andarsene di notte, mettendo a letto i figli come tutte le sere, "la mamma non c'è stamattina, è partita, qualche settimana e poi torna

All. A p. 33

Le donne intanto arrivano in Italia, sole. Trovano presto lavoro e convivono con la nonna o il nonno fino a quando l'anziano muore. Un popolo di madri migranti che lascia i propri figli soli a casa per poterli aiutare a crescere meglio, per garantire loro un futuro. Un popolo di anziani lasciati alle cure di un'assistente famigliare da figli che già con fatica riescono a conciliare casa, lavoro e cura dei propri figli. Un paradosso nazionale che in molti conoscono ma di cui non si parla. Un paradosso reso ancor più stridente dal fenomeno degli orfani bianchi: bambini rumeni e moldavi orfani di madri vive. Una migrazione che ci riguarda tutti, parla di noi e della nostra società, e come spesso accade il confronto con l'altro può svelare i nostri cambiamenti, mostrarci l'immagine di cosa stiamo diventando come individui e come comunità.

- **Attività condivise.**

Oggetto di questa residenza artistica sarà il nuovo spettacolo della compagnia KUZIBA sul fenomeno delle badanti che verrà declinato in:

- Relazione con la Comunità e mappatura del fenomeno sul territorio. Ovvero:
  - incontri con alcune badanti che vivono a Manfredonia
  - incontri con alcuni familiari di anziani per un racconto quotidiano della gestione della vecchiaia
  - incontro con gli uffici delle Politiche Sociali della Città per delineare un profilo indicativo della relazione dei familiari con i propri anziani
  - intervista agli anziani incontrati lungo le vie del passeggio o nei bar e nei circoli, per cogliere dalle loro parole il futuro che immaginano.
- Workshop di contaminazione vocale rivolto prevalentemente a cittadini stranieri, realizzato in collaborazione con la compagnia ospitante e che verrà descritto al successivo Obiettivo C
- Attività di studio ed elaborazione dei materiali a cura della compagnia ospite
- Lavoro di allestimento
- Confronto con la compagnia ospitante
- Restituzione di frammenti di lavoro alle Comunità e ai gruppi incontrati durante il periodo di residenza.

Durata 20 GIORNI tra ottobre e dicembre 2016

Eventuale esito della residenza

ANTEPRIMA_STUDIO DELLO SPETTACOLO IN CORSO DI ALLESTIMENTO

Il lavoro sarà restituito in forma di prova aperta agli abbonati della stagione di Prosa del Teatro Comunale "Lucio Dalla". La prova aperta sarà seguita da un incontro più intimo con i partecipanti al Progetto Professione Pubblico.

Entrambe le azioni verranno dettagliatamente illustrato nell'Obiettivo C.

Tipologia delle azioni di tutoraggio nelle azioni condivise: (consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa)

Con l'intento di permettere alla compagnia in residenza artistica di lavorare senza vincoli temporali, né influenze esterne che non siano strettamente connesse all'incontro con la vita del territorio, Bottega degli Apocrifi metterà a disposizione le proprie competenze (nello specifico quelle registiche, musicali e drammaturgiche) con discrezione.

Le due compagnie hanno scelto congiuntamente che il confronto artistico sul lavoro arrivi solo alla fine del periodo di residenza, perché sia magari utile oggetto di rielaborazione in una successiva fase di allestimento del lavoro.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 34

Costante sarà tuttavia la presenza di Bottega degli Apocrifi durante tutto il periodo di residenza, poiché la compagnia curerà un prezioso lavoro di mediazione con la propria Comunità di riferimento, in relazione a tutte le attività del progetto, ovvero:

- Organizzazione degli incontri con le badanti residenti nella città di Manfredonia
- Organizzazione dell'incontro con gli uffici dei Servizi Sociali della città
- Organizzazione degli incontri con i famigliari di anziani, che naturalmente verranno individuati a partire dal pubblico del teatro per estendersi a raggera alle loro reti di riferimento.
- Organizzazione delle prove aperte
- Promozione delle attività

Accanto a ciò Bottega degli Apocrifi garantirà:

- Supporto logistico per la realizzazione delle attività, sia interne che esterne al teatro, garantendo quindi oltre allo spazio teatrale anche la disponibilità di eventuali permessi necessari allo svolgimento di attività in esterna.
- Supporto tecnico all'allestimento, garantito per 12 giorni e comprensivo di scheda tecnica e personale qualificato destinato al suo utilizzo.

Collaborazione produttiva/accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto interregionale per garantire la permanenza degli artisti presso altre regioni

La compagnia Kuziba ha attivato una residenza artistico/produttiva a Salisano (RI) dal 20 febbraio al 1 marzo 2016, ospite del Teatro delle Condizioni Avverse, titolare della Residenza multidisciplinare della Bassa Sabina, partecipante al Progetto Interregionale delle Residenze.

Per il 2017 Bottega degli Apocrifi è in fase di accordo perché il lavoro della compagnia venga ospitato presso la Residenza di Barberino del Mugello (FI)

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità

Questa residenza artistica si caratterizza di per sé come epifania multidisciplinare, facendo appello contemporaneamente alla LETTERATURA CLASSICA, alla DRAMMATURGIA ORALE intessuta dai racconti in prima persona, alla RICERCA MUSICALE che mescola le tradizioni dei paesi d'origine delle badanti e le influenze pop della più basica musica leggera italiana, al CANTO inteso come memoria, alla DANZA considerata come linguaggio del corpo narrante, agli odori e ai sapori che ci restituiscono l'ARTE CULINARIA in termini di patrimonio personale e culturale dei cittadini stranieri.

Il teatro quindi. E per *fare il teatro* tutti gli strumenti e le discipline che la residenza incontrerà durante il cammino.

Contemporaneo è il tema affrontato e contemporaneo è lo sguardo, considerando che l'80% della popolazione italiana s'interroga oggi sulla *gestione dell'anzianità*, lasciando emergere tutta la frammentarietà delle dinamiche familiari e relazionali che permea la società che contribuiamo a comporre.

Contemporanei sono i linguaggi, che intrecciano il lavoro d'attore con gli stimoli multimediali a cui è continuamente sottoposto.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE RIFERITE ALLA PERMANENZA DI ARTISTI E FORMAZIONI IN RESIDENZA

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste

Vista la natura di contaminazione del progetto, saranno necessarie attività di promozione volte a fare in modo che la Comunità di accorga che ci sono ospiti. Queste attività renderanno meno complesso l'approccio

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 35

a quelle fasce di comunità che il progetto si propone d'intercettare (badanti straniere, familiari di anziani, giovani cittadini stranieri, anziani del posto)
Si prevedono in quest'ottica:

- **Accoglienza in città: flash mob** che vedrà insieme gli artisti delle due compagnie animare con azioni semplici e riproducibili le vie del centro cittadino e i luoghi rituali delle periferie (pensiamo per tutte alle uscite dei supermercati dei quartieri che i piani regolatori chiamano *residenziali* e i cittadini chiamano *dormitori*.
- **Promozione diretta**, che vedrà gli artisti della compagnia Kuziba raccontare agli angoli della città il loro progetto.
- Progetto **ORA. Obiettivo sulla Residenza** Artistica. **Diario di bordo fotografico** estemporaneo della residenza, a cura di una fotografa che seguirà le differenti fasi della Residenza Artistica, condividendo i suoi scatti sui social. A questi scatti – grazie all'attivazione dei social – la community troverà il titolo al termine della Residenza.

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;
2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;
3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso altri titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti emergenti:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti under 35 ***(formazioni in cui il requisito sia prevalente nel gruppo)***
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 36

Con l'intento di costruire intorno ai tre obiettivi individuati un progetto organico capace di incidere il tessuto in cui si innesta, il nostro obiettivo B prevede la programmazione di uno spettacolo per ragazzi della compagnia Kuziba, formazione in residenza.
Si tratta di uno spettacolo che risponde alle seguenti priorità della programmazione: è un lavoro di una compagnia under 35, ospitato in altre residenze del progetto interregionale: lo spettacolo infatti è stato ospite nel corso del 2016 nelle residenze pugliesi di Novoli, Nardò e Massafra. Ha visto inoltre un'anteprima in matinée a Manfredonia che, seppure non programmata direttamente dalla Residenza, è stato fondamentale tassello di ricerca per presentare ora il lavoro al pubblico delle famiglie.
All'interno del percorso di residenza artistica che Kuziba svilupperà nel 2016 presso il Teatro Comunale "Lucio Dalla" la programmazione di questo spettacolo da un lato è un "a parte" poiché non rientra nel percorso di ricerca artistica sullo spettacolo in allestimento (Le badanti); dall'altro giunge a completamento di un percorso di contaminazione tra la compagnia e il Territorio, permettendo alla prima di incontrare tutte le fasce di una Comunità.
Se l'allestimento de "Le badanti" coinvolge prevalentemente gli adulti della Città, questo spettacolo di Teatro Ragazzi permetterà di raggiungere il pubblico dei più piccoli e delle famiglie.

Eventuali azioni a supporto della visibilità della programmazione attraverso strumenti innovativi ***(messa on-line piattaforme web, ecc.)***
La visibilità della programmazione verrà garantita grazie ad uno spazio dedicato al progetto sui **siti**: www.bottegadegliapocrifi.it; www.comune.manfredonia.fg.it; www.visitmanfredonia.it, quest'ultimo è il sito dell'Agenzia del Turismo di Manfredonia, di cui Bottega degli Apocrifi è membro e con cui collabora sinergicamente per la ricerca di canali di contaminazione tra cultura e turismo.
Accanto ai siti, tutti collegati con relative **newsletter**, fondamentale sarà l'apporto dei **Social Network** (twitter e facebook in particolare) che costituiranno una sorta di **foyer virtuale** nel quale trovare: foto, descrizione artistica, curiosità sulla creazione dello spettacolo, reazioni del pubblico che lo ha visto precedentemente, trailer del lavoro ...

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste:
Accanto all'attività di messa online della programmazione, restano fondamentali sul Territorio i canali classici di promozione. Da un lato questo ci fa pensare a

- Inserimento dello spettacolo all'interno di una **manifestazione più organica e riconosciuta**, come la rassegna autunnale di Teatro Ragazzi
- **diffusione capillare di locandine** negli Istituti Scolastici, nelle parrocchie, nelle Associazioni che operano in rete con gli Apocrifi, e nei luoghi come bar e attività commerciali che sempre si mostrano disponibili alla diffusione delle nostre iniziative
- **invio di comunicati stampa, ma anche di sms** agli utenti del Teatro "Lucio Dalla" che hanno dato il consenso all'inserimento dei propri dati nel database della compagnia
- **promozione diretta all'uscita delle Scuole** nei giorni immediatamente precedenti la replica domenicale

Dall'altro lato sempre forte resta il passaparola ovvero il farsi garante di un prodotto artistico nei confronti di qualcuno che si fida di noi perché qualcuno di cui ci fidiamo lo ha fatto per noi. A questo scopo si individueranno, tra gli adolescenti che frequentano assiduamente le attività della compagnia, **15 portatori sani di teatro** che assisteranno a una prova filata dello spettacolo il giorno prima e avranno poi 24 ore per raccontare ad amici e ad amici di amici le ragioni per venire a teatro a vederlo.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

Alle. A p. 37

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:
La finalità perseguita con l'obiettivo C è quella di consolidare l'esperienza della pratica artistica su un territorio complesso e attraversato da urgenze eterogenee che spesso rimandano la cultura in fondo alla lista delle priorità.
Questo progetto lavora carsicamente perché la cultura diventi un'urgenza, ma - per nominare ciò di cui ha bisogno - un soggetto, un gruppo, una comunità deve anzitutto sapere cosa vuole nominare. Per poter RI-conoscere è fondamentale prima conoscere.
Su questo territorio, nonostante i risultati graduali e costanti che la residenza della compagnia ha raggiunto negli anni, resta di vitale importanza quel processo di alfabetizzazione capace di generare un bisogno di qualità.
Quando pensiamo al pubblico visualizziamo i pubblici della nostra Residenza: se il principio (l'ideale) è singolare e onnicomprensivo, la realtà si declina per pluralità tutte concretamente individuabili.
Pertanto l'attività di formazione è costante e molteplice: attraversa l'intero anno e individua di volta in volta target specifici a cui indirizza attività differenti, cercando il giusto equilibrio tra la pratica del fare (workshop pratici, laboratori artistici) e la pratica del guardare (accompagnamento alla visione, potenziamento degli strumenti di osservazioni)
Il 2016 vede il dipanarsi di 7 percorsi formativi tra gennaio e dicembre, orientanti al raggiungimento complessivo di circa 150 partecipanti, con l'obiettivo di farne altrettanti "portatori sani di teatro" nei loro contesti di riferimento.
Le macroaree di attività, che verranno di seguito declinate nelle azioni di formazione e di educazione del pubblico sono:

- Accompagnamento alla multidisciplinarietà
- Il ponte teatro scuola
- Accompagnamento al mestiere teatro
- Progetto professione pubblico

Luogo di svolgimento del progetto/delle attività previste
Il Teatro Comunale "Lucio Dalla" è senz'altro il principale luogo di svolgimento delle attività, ma con l'intento di spalancare le sue porte alla Comunità senza creare barriere elitarie. Per questo accanto allo spazio propriamente teatrale, alcune attività formative interessano luoghi *altri* – sempre ubicati nel Comune di Manfredonia – con il chiaro obiettivo di creare dei ponti e abbattere le distanze tra spazi e strutture grazie alle persone che li accomunano.
Gli altri spazi coinvolti assieme al teatro sono:

- 2 Istituti Scolastici (un Istituto Superiore e una Scuola primaria) di Manfredonia

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 38

- Biblioteca Comunale di Manfredonia / Palazzo dei Celestini

Azioni di formazione e di educazione del pubblico con attenzione al pubblico giovane e ai linguaggi contemporanei

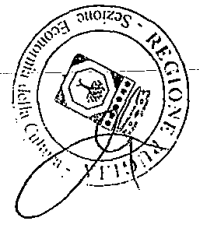
ACCOMPAGNAMENTO ALLA MULTIDISCIPLINARIETÀ

- ARCHI IN SCENA_laboratorio per le giovani generazioni
  La musica dei violini attraversa il teatro, muovendosi tra un percorso di perfezionamento musicale e il gioco della presenza scenica. Un laboratorio teatrale per giovanissimi musicisti e contemporaneamente un laboratorio musicale per giovanissimi attori, all'insegna della contaminazione.
  50 ore di formazione col M° Fabio Trimigno, compositore, musicista e attore.
  PERCORSO FORMATIVO A PAGAMENTO
  GENNAIO – LUGLIO 2016

- CREAZIONE MUSICALE_workshop per under 24
  La creazione di musiche originali per uno spettacolo teatrale è una pratica poco diffusa. La ragione principale è da individuare – come troppo spesso accade quando si parla di libertà della ricerca artistica – nelle risorse economiche messe a servizio della produzione.
  D'altro canto è innegabile l'evidenza drammaturgica della musica originale all'interno dello spettacolo per cui nasce: si crea un dialogo tra musica e partitura corporea e vocale dell'attore. Questo particolare stato di grazia è l'obiettivo a cui il workshop tende (senza garanzia alcuna di raggiungerlo), inoltrandosi con sguardo un po' più consapevole nella querelle artistica bellezza / efficacia.
  5 appuntamenti di 3 ore ciascuno concentrati in due settimane e condotti dal M° Fabio Trimigno
  PERCORSO FORMATIVO A PAGAMENTO
  AGOSTO 2016

PROGETTO PROFESSIONE PUBBLICO. LO SPETTACOLO VISTO CON OCCHI UNDER 35

Il Progetto **Professione Pubblico** è ormai divenuto un appuntamento consolidato nella Residenza del Teatro Comunale "Lucio Dalla", prevedendo dal 2016 due sessioni annuali. La prima – oggetto dell'obiettivo C – tra gennaio e aprile, con l'intento di accompagnare la stagione teatrale organizzata nello spazio di Residenza in collaborazione con il Comune di Manfredonia e il Teatro Pubblico Pugliese.
Ovvero, si è innestata su una pratica classica e consolidata (la stagione di prosa), una prassi trasversale che ha portato alla visione del dietro le quinte di uno spettacolo. Elemento innovativo è stato l'affidare questo percorso di scoperta ad una giovane compagnia under 35 – La ballata dei Lenna – con cui anche nel corso del 2015 si era lavorato per un approccio under 35 al pubblico degli abbonamenti.
Il progetto prevede incontri della giovane compagnia col pubblico della stagione teatrale per un confronto diretto sulle tematiche, sulle modalità, sulle scelte tecniche e artistiche utilizzate durante gli spettacoli visti.
L'intento è quello di creare un linguaggio condiviso sulla base di un rito collettivo consumato insieme, come, appunto, la visione di uno spettacolo teatrale.
APPROCCIO FORMATIVO / SPETTACOLARE GRATUITO RIVOLTO AL PUBBLICO DELLA STAGIONE DI PROSA DEL TEATRO COMUNALE "LUCIO DALLA"
GENNAIO – APRILE 2016



All. A p.39

IL PONTE TEATRO-SCUOLA

Attivazione tra marzo e giugno di 2 PERCORSI FORMATIVI DISTINTI PER FASCE D'ETA' che hanno puntato a fondere i luoghi istituzionali della formazione (le aule scolastiche) e quello informale del palco teatrale.

Per questa ragione entrambi i percorsi – uno dedicato a una scuola primaria e l'altro ad un istituto superiore – oscilleranno tra scuola e teatro, entrando in contatto non solo con la pratica artistica del teatro e della musica, ma anche con la macchina tecnica, la logistica, e l'organizzazione di uno spazio teatrale.

PERCORSI FORMATIVI GRATUITI

MARZO - GIUGNO 2016

ACCOMPAGNAMENTO AL MESTIERE TEATRO

RIGENERAZIONE APOCRIFI. Laboratorio di formazione per giovani under 30 che intendano approcciarsi al teatro conoscendone non solo la pratica artistica, ma anche l'aspetto tecnico e la struttura organizzativa, e che vogliano acquisire in merito uno sguardo non solo consapevole ma anche professionale.

Questo progetto, che gli Apocrifi perseguono da qualche anno in differenti forme e con diverse modalità, punta a radicare competenze professionali su un territorio che soffre dell'abbandono dei suoi giovani.

PERCORSI FORMATIVO GRATUITO SU SELEZIONE

LUGLIO 2016

Personale coinvolto nelle azioni di promozione del pubblico (numero, attività svolte..)

Le attività previste prevedono il coinvolgimento di 10 formatori (tra artisti, pedagoghi e tecnici); accanto a loro 1 fotografo che documenterà l'intero progetto, attivando un percorso insieme di disseminazione dei risultati e di ricaduta a lunga gittata delle attività del Progetto.

Partecipazioni a incontri interregionali fra i titolari di residenza per lo scambio delle pratiche

Nel 2016 un rappresentante di Bottega degli Apocrifi ha partecipato al II Incontro Nazionale delle Residenza a Codroipo (UD) il 16 e 17 giugno 2016.

Un rappresentane parteciperà inoltre al III incontro previsto a Torino 24 e 25 ottobre.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 40

SCHEDA PROGETTO/ATTIVITÀ DI RESIDENZA – ANNO 2016
ART. 45 D.M. 1 LUGLIO 2014

COMPAGNIA DIAGHILEV SRL
RESIDENZA TEATRO VAN WESTERHOUT MOLA DI BARI

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI
Titolare della Residenza DIAGHILEV SRL
Spazio gestito TEATRO VAN WESTERHOUT - MOLA DI BARI (BA)
Tipologia Residenza: insediamento ☐ sviluppo ☐ Xconsolidamento ☐
Nome Compagnia/e, artista/i in residenza PICCOLA COMPAGNIA DAMMACCO_
Luogo di svolgimento della residenza TEATRO VAN WESTERHOUT – MOLA DI BARI (e per alcune necessità la sala laboratorio del Palazzo San Domenico/Casa delle Culture - Mola di Bari).

Descrizione sintetica del/i progetto/i di residenza con riferimento alle attività condivise:
La Piccola Compagnia Dammacco lavora da tempo su un progetto che prevede la realizzazione di spettacoli incentrati sulla composizione di drammaturgie originali curate da Mariano Dammacco, immerse per contenuti e scenari narrativi nel nostro vivere contemporaneo e sul lavoro dell'attore.

Artista in residenza
La Piccola Compagnia Dammacco non possiede e non ha in affidamento alcun luogo fisico che possa essere spazio di studio, ricerca e composizione teatrale e così, in questi primi anni di attività e produzione artistica, ha avviato una strategia di azione legata all'idea di *artista in residenza* e all'individuazione di realtà teatrali con le quali costruire, su tale idea, una relazione collaborativa.
Sin da subito il primo partner è stato L'arboreto Teatro Dimora di Mondaino con la direzione artistica di Fabio Biondi, partner con il quale continua la collaborazione anche per questo progetto.
A questa prima collaborazione si sono aggiunte altre significative realtà teatrali italiane e, a partire dal 2016, anche la residenza del Teatro Van Westerhout di Mola di Bari gestita dalla compagnia Diaghilev, con cui già in passato Dammacco aveva realizzato alcune iniziative produttive.

Il progetto
La Piccola Compagnia Dammacco trova la strategia dell'*artista in residenza* una modalità di lavoro estremamente positiva che ha reso e rende possibile, oltre all'uso di spazi e strumentazioni, il costante confronto con donne e uomini di teatro e con gli spettatori nei momenti di presentazione pubblica di studi parziali degli spettacoli. Pertanto, la Compagnia ha inteso rafforzare il proprio impegno in tale direzione e mettere ulteriormente a fuoco questa strategia, cercando di cogliere lo spirito di uno dei processi artistici che paiono più fertili e vitali per produrre teatro oggi in Italia, ovvero i percorsi di residenze artistiche. Con questa visione nasce il nuovo progetto che sarà avviato nel 2016 nella residenza della Diaghilev al Teatro Van Westerhout di Mola di Bari, per proseguire il suo cammino con l'attraversamento nel 2017 della residenza L'Alboreto Teatro Dimora di Mondaino.

Sezione Economia della Cultura - REGIONE PUGLIA

Acc. A p. 41

Tema del progetto di residenza della Piccola Compagnia Dammacco è la preparazione dello spettacolo "La buona educazione".

Lo spettacolo "La buona educazione"
La ricerca e lo studio per approdare allo spettacolo e alla sua drammaturgia partirà da alcune domande: quali sono i principi, i valori, i contenuti, le idee che oggi vengono trasmesse da un essere umano all'altro? Quali sono gli attori di questa trasmissione di contenuti? Quali sono le azioni attraverso le quali questa trasmissione avviene? Perché contenuti e attori della trasmissione del sapere umano contemporaneo sono quelli che sono? Li riconosciamo come giusti? Parzialmente giusti? Sbagliati? Soprattutto, ci poniamo queste domande?

La prassi di lavoro
La prassi di lavoro sarà impostata sull'alternanza di momenti di lavoro a tavolino, in cui viene pian piano composta la drammaturgia, con momenti di lavoro sulla scena dove la ricerca d'attore va a individuare forme fisiche e vocali e visioni che contribuiranno a definire sempre più i linguaggi scelti dalla drammaturgia. Questo secondo momento di lavoro è quello che, grazie alle residenze, si intende rendere pubblico costruendo momenti d'incontro tra l'artista, con i suoi materiali drammaturgici e scenici, se pure parziali, e altri operatori del settore, critici, attori, registi, scrittori, e gruppi di spettatori.

Piccola Compagnia Dammacco – Note biografiche
La Piccola Compagnia Dammacco, con sede a Modena, è nata nel 2009 dall'incontro tra Mariano Dammacco, attore, autore, regista e pedagogo teatrale pugliese e alcuni giovani artisti che hanno aderito alla sua poetica, per poi sviluppare una ricerca artistica comune. La Compagnia svolge la propria attività su tutto il territorio nazionale, perseguendo un'idea di teatro etico, un teatro che sia d'arte e d'autore e, al tempo stesso, sia popolare, ovvero accessibile a tutti per contenuti e linguaggi. La Compagnia ha portato il proprio lavoro all'interno di festival quali Primavera dei Teatri, Asti Teatro, Castel dei Mondi, Vie, Torino Fringe Festival, L'opera galleggiante e Il giardino delle esperidi, ed ha avviato collaborazioni con ERT-Emilia Romagna Teatro, ATER-Associazione Teatrale Emilia Romagna, Regione Emilia Romagna, L'arboreto Teatro Dimora, Campsirago Residenza. La Compagnia ha vinto il Premio di drammaturgia "Il centro del discorso", il Premio Giovani Realtà del Teatro ed è finalista al Premio In-box – rete di sostegno per la promozione del nuovo teatro. La Compagnia produce spettacoli teatrali di drammaturgia contemporanea, quali *L'ultima notte di Antonio*, *L'inferno e la fanciulla*, *Esilio*, proposti in diversi teatri italiani. Nella corrente stagione è presente nel cartellone del Piccolo Teatro di Milano. Tra le altre iniziative, la Piccola Compagnia Dammacco cura l'ideazione e organizzazione di laboratori di teatro sociale e di comunità, fondando la propria metodologia d'intervento sulla pratica dell'auto-narrazione e sulla realizzazione di drammaturgie originali collettive.

Mariano Dammacco – Note biografiche
Vincitore di importanti premi quali ETI/Scenario, ETI/Vetrine, Il centro del discorso e segnalato al Premio Ubu, Mariano Dammacco conduce la propria ricerca teatrale creando visioni poetiche, surreali e umoristiche del nostro vivere contemporaneo. Ha collaborato con numerosi artisti, quali Carlo Formigoni, Renata Molinari, Gabriele Vacis, Maria Paiato, Lella Costa, Silvio Castiglioni, Angela Malfitano, Maurizio Viani, Paolo Ambrosino e con il Circuito Lirico Lombardo, curando regie d'opera. Sono stati pubblicati diversi suoi testi: *Dialoghi con le piante*, dall'Editrice Piero Manni (1999) e sulla rivista "Prove di drammaturgia" diretta da Claudio Meldolesi e Gerardo Guccini (n.2/2000); *Antoine Antoine*, Editrice Papageno (2003); *Assedio*, Editrice Pensa Multimedia (2007); *Fiori nel ghiaccio*, Editrice Valgrigna (2010); *L'ultima notte di Antonio* da dramma.it (2012) e dalla rivista Il primo amore (2013); *Desa. L'asino che vola*, FaLvision Editore (2013).

<u>Durata</u> (non inferiore a ....)
20 giorni (dal 22 novembre all'11 dicembre 2016). Per l'intero periodo Mariano Dammacco lavorerà a Mola di Bari nella sede di residenza della compagnia Diaghilev, eventualmente affiancato, per alcuni giorni, dai suoi più vicini collaboratori, in base alle esigenze che si presenteranno durante l'elaborazione del progetto.

<u>Eventuale esito della residenza</u>
Studio di preparazione per la produzione dello spettacolo "La buona educazione". Alcuni brani del testo in fase di composizione potranno essere proposti in forma di lettura scenica per un gruppo di spettatori e operatori.

<u>Tipologia delle azioni di tutoraggio nelle azioni condivise: (consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa)</u>
Assistenza tecnico-organizzativa e collaborazione artistica.
La Diaghilev accoglierà la Piccola Compagnia Dammacco nella propria sede di residenza a Mola di Bari, mettendo a disposizione gli spazi disponibili per il lavoro di studio a tavolino e per le prove in palcoscenico. Fornirà il proprio materiale elettrico e scenico in dotazione e l'assistenza tecnica necessaria per lo svolgimento del lavoro di ricerca e preparazione dello spettacolo. La Diaghilev, inoltre, garantirà la propria collaborazione artistica per la definizione di aspetti produttivi connessi allo sviluppo del progetto, favorendo incontri con attori, operatori e studiosi, grazie ai quali Dammacco potrà avere utili occasioni di verifica sull'impostazione del processo creativo avviato.

All. A p. 42

Collaborazione produttiva/accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto interregionale per garantire la permanenza degli artisti presso altre regioni
Associazione Culturale L'Alboreto – Residenza Teatro Dimora di Mondaino (RN) – Emilia Romagna.
(in allegato nota di accordo)
Il progetto di collaborazione tra Diaghilev/Teatro Van Westerhout e L'Alboreto/Teatro Dimora per sostenere la Piccola Compagnia Dammacco sarà avviato nell'anno 2016 presso la sede della residenza della Diaghilev a Mola di Bari, dove verrà impostato il lavoro di elaborazione e costruzione della produzione nelle sue varie componenti (drammaturgia, regia, impianto scenico, ecc.).
Nell'anno 2017 la Piccola Compagnia Dammacco proseguirà il percorso creativo ospite della residenza dell'Associazione Culturale L'Alboreto a Mondaino in Emilia Romagna. Per il 2017 sono in corso contatti con residenze di altre regioni che hanno manifestato interesse al progetto, con le quali potrà essere attuato un più ampio piano di azione interregionale.

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità
Il progetto per "La buona educazione," così come le precedenti produzioni della Piccola Compagnia Dammacco, è teso a realizzare una sorta di "memoria dell'oggi", scegliendo sia nei contenuti (storie raccontate, scenari, temi su cui riflettere) che nelle forme (scrittura, percorsi d'attore e musicali) di porre l'attenzione sulla nostra contemporaneità. Gli strumenti artistici con i quali la Compagnia lavora e lavorerà sono la drammaturgia originale di Mariano Dammacco, la sperimentazione attoriale, fisica e vocale, che si spinge fino nel territorio della danza e le tecniche pittoriche e grafiche, atte a realizzare spazi originali che dialogano con l'azione scenica degli interpreti. L'intrecciarsi continuo delle ricerche appartenenti a discipline differenti, permette di approdare a esiti artistici che offrono allo spettatore un linguaggio armoniosamente articolato e ricco di inusitate suggestioni emotive.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE RIFERITE ALLA PERMANENZA DI ARTISTI E FORMAZIONI IN RESIDENZA

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste
La permanenza in residenza a Mola di Bari della Piccola Compagnia Dammacco, costituirà una interessante occasione per creare momenti di confronto e di scambio con gli attori e gli artisti abitualmente impegnati con la compagnia Diaghilev nell'ambito dei piani produttivi e formativi programmati. Lo stesso Mariano Dammacco ha avuto in passato rapporti di collaborazione con la Diaghilev proprio a Mola di Bari, dove nello spazio della Casa dei Doganieri ha allestito alcuni dei suoi spettacoli, per poi intraprendere un percorso artistico che lo ha portato in giro in varie parti d'Italia. L'analisi di questa significativa esperienza professionale partita dal Sud e che oggi, dopo diverse tappe di maturazione, approda sulle prestigiose tavole del Piccolo di Milano, sarà oggetto di riflessione comune per comprendere le dinamiche e i meccanismi innovativi che regolano i processi evolutivi del teatro contemporaneo nel nostro Paese.
Questi argomenti, unitamente ai temi affrontati nel nuovo spettacolo che comincerà a prendere forma nella residenza a Mola di Bari, potranno essere spunto per incontri e conversazioni con gli studenti delle scuole del comprensorio e per dimostrazioni pratiche sulle tecniche di interpretazione, di scrittura drammaturgica e di regia con gli allevi dei corsi teatrali organizzati dalla Diaghilev.
La permanenza della Piccola Compagnia Dammacco e le attività collaterali sopra accennate costruite intorno alla presenza a Mola del suo principale animatore, saranno ampiamente pubblicizzate per allargare la sfera di interesse verso nuove proposte artistiche, coinvolgendo gli spettatori che normalmente seguono le stagioni del teatro Van Westerhout e altre realtà culturali del territorio, prima fra tutte la rete delle residenze teatrali pugliesi.

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;
2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;
3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 43

Le azioni di promozione si articoleranno nella programmazione di spettacoli proposti da compagnie teatrali non titolari di residenza e composte in prevalenza da artisti under 35. Saranno coinvolte formazioni teatrali con cui la compagnia Diaghilev ha già avviato un rapporto di collaborazione, con le quali stabilire, in questa specifica occasione, un momento di confronto sui percorsi creativi seguiti e sulle metodologie di realizzazione dei progetti produttivi. Si cercherà, in altri termini, di offrire ai gruppi invitati non solo uno spazio di visibilità per far conoscere il proprio lavoro e incontrare un nuovo pubblico, ma anche di consentire ai giovani artisti coinvolti di arricchire il proprio bagaglio di esperienze e di elaborare costruttivi processi di approfondimento e crescita professionale.
Campo d'azione privilegiato sarà il mondo dei più piccoli e delle famiglie con rappresentazioni proposte in orario pomeridiano.
La programmazione di questi eventi sarà supportata da interventi promozionali che si raccorderanno con l'attività curata dalla Diaghilev.

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

ONIRICA TEATRALE (compagnia under 35)
Merlino l'incantatore
di Francesco Lamacchia e Giulia Sangiorgio
con Francesco Lamacchia - regia di Giulia Sangiorgio
1 recita – 30 novembre 2016
Genuinamente interprete del sistema culturale del Medioevo così come profondamente radicata nell'immaginario dell'uomo e del fanciullo contemporaneo, la *materia di Bretagna*, ovvero l'epica dei racconti di re Artù e dei cavalieri della tavola rotonda, risulta ancora oggi una delle narrazioni più avvincenti e potentemente affascinanti della storia della letteratura. Essa fu la base concettuale e compositiva da cui i trovadori medievali dedussero il concetto di amor cortese, cardine per lo sviluppo della lirica moderna. Un complesso intricato di testi e redazioni anonime, che confluì nel XIII sec. in quel gruppo di romanzi in prosa francese che va sotto il nome di *Corpus Lancelot-Graal* e che ebbe immensa fortuna. Lo spettacolo – allestito a mo' di vorticosa affabulazione scenica - attinge a questi fabulosi testi (sapientemente ordinati e rielaborati dal medievalista Jacques Boulenger) e si concentra sul personaggio forse più misterioso e carismatico della corte di Artù: il mago Merlino. Nato dal connubio di un diavolo incubo con una fanciulla, l'uomo più saggio e forse più potente del mondo sarà artefice sì della grandezza di Artù ma anche della sua stessa rovina a causa del più umano dei sentimenti: l'amore.

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso altri titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate e della residenza grazie a cui è stato prodotto lo spettacolo:

_____

_____

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti emergenti:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti under 35 ***(formazioni in cui il requisito sia prevalente nel gruppo)***
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

MARLUNA TEATRO (compagnia under 35)
La favola della luna
drammaturgia e regia di Maria Elena Germinario
con Maria Elena Germinario, Adriana Gallo, Teresa Alberga.
1 recita – 17 novembre 2016
Perché i clowns hanno il naso rosso? Non ci avevano mai pensato, ma, in una notte di luna piena, due clowns scopriranno perché portano sul viso un naso tutto rosso. Sotto il tendone del circo sembra che tutti dormano. In realtà ci sono solo due clowns stanchi, perché non sanno a chi mostrare i loro numeri. Ad un tratto un sottile filo di luce li sveglia: è la luna. Perché non invitarla a vedere lo spettacolo di mezzanotte? Finalmente avrebbero avuto un pubblico! E subito danno inizio ad un carosello di personaggi, che alla Luna sembreranno molto strani, ma, soltanto dialogando con loro, scoprirà il perché.

TUBBACATUBBA TEATRO (compagnia under 35)
Pinocchio, il burattino vivente
drammaturgia, scene, costumi, messinscena di Michele Napoletano
con Michele Napoletano, Giacomo Di Mase, Luca Mastrolitti

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p.44

1 recita – 23 novembre 2016
Dove è finito Pinocchio? Il burattino vivente in carne e ossa. È vecchio e malandato oppure tarlato ed osteoporotico? Qual è stato il suo destino? Se lo cerchi lo trovi che rincorre il suo primo sogno, la sua prima monelleria: il teatro dei burattini di Mangiafuoco. È lì che vive: al soldo di Mangiafuoco Junior e della sua premiata compagnia dei pagliacci. È lì che, come il suo babbino Geppetto, costruisce burattini per buscarsi un tozzo di pane ed un bicchiere di vino. Come il suo babbuccio è di mestiere povero e recupera materia inerte per ri-animarla. È lì che ripercorre la sua felicità di bambino, le sue monellerie, la fatina, il paese dei balocchi, il dottore, il gatto e la volpe. Non ha moglie ma tre figli: Pinocchio, Pinocchia e Pinocchium. Tre meravigliosi burattini non di legno ma di materiali recuperati nei cassonetti.
L'allestimento scenico dello spettacolo è totalmente realizzato con materiali di scarto. Una scelta consapevole volta alla diffusione della cultura del riuso e del riciclo.

UNIKA PRODUZIONE (compagnia under 35)
Red
di Giovanna Zoboli (dalla fiaba Cappuccetto rosso)
adattamento, regia, cura scenica di Italia Aiuola, Marco Altini
con Italia Aiuola, Marco Altini, Doralisa Campanella, Antonio Carella, Silvia Micunco, Justy De Venuto, Giacomo Di Mase, Giuseppe Losacco
1 recita – 28 novembre 2016
Una bambina, una madre, una nonna, un lupo e un cacciatore. La storia di Cappuccetto rosso, forse la più celebre fra le fiabe. In questa versione della storia, dietro le quinte, dietro i gesti, le parole e i destini dei cinque personaggi, si profilano due potenze occulte, che a poco a poco rivelano la loro natura e il loro ruolo nel determinare la trama: la casa e il bosco. Si racconta di una bambina svelta, attenta e coraggiosa e del suo lupo. Il bosco richiede silenzio, per chi sa ascoltare, e la bambina ascolta. Il bosco le regala il lupo, lupo con la luna negli occhi. Insieme al lupo corre e gioca. Casa e bosco si uniscono di un legame impossibile, ma reale. Diventare grandi in un mondo di adulti che ti raccontano l'antichissima storia dell'"attenta, attenta a te", nella quale, l'altro, il "diverso", è una minaccia. Diventare grandi e scegliere il lupo (il "diverso") con la luna negli occhi, scegliere di ascoltare il bosco, scegliere di correre e giocare è un atto di fede e di coraggio. In un mondo di cacciatori che non capiscono, o che fin troppo bene capiscono e pensano di poter decidere per altri, Cappuccetto Rosso non perde il filo e trova la sua strada, nonostante tutto: è svelta, attenta, coraggiosa.

Eventuali azioni a supporto della visibilità della programmazione attraverso strumenti innovativi *(messa on-line piattaforme web, ecc.)*
Il piano di comunicazione che sarà utilizzato per promuovere l'attività programmata terrà conto sia dei tradizionali mezzi d'informazione, sia dei canali di diffusione forniti dalle nuove tecnologie. A quest'ultimo riguardo si provvederà a: far circolare le informazioni nella rete delle residenze teatrali; individuare reti di comunicazione su più larga scala nazionale e internazionale; creare e aggiornare un sito web dedicato; creare una pagina facebook e utilizzare i social network; attivare un forum interattivo; redigere e inviare news letters; spedire via mail materiale informativo a una mailing list di 5000 indirizzi raccolti dalla Diaghilev nel corso degli anni; creare un database con la definizione dei profili degli spettatori e delle persone interessate a ricevere informazion.
La diffusione informativa del programma sarà particolarmente approfondita nel bacino di utenza su cui insiste l'attività della compagnia Diaghilev e del target di pubblico di riferimento. Il raggio d'azione della Diaghilev investe una vasta area che, partendo dal capoluogo, ingloba l'intero comprensorio del sud-est barese, includendo importanti paesi come Conversano, Polignano, Monopoli, Rutigliano, Noicattaro, Triggiano, Putignano, Castellana, Noci, Turi, spingendosi anche sino a località più lontane. Il pubblico, in assenza di altri centri di residenza e di significative realtà produttive in ambito teatrale, ha trovato nei progetti della Diaghilev un interessante punto di riferimento e oggi l'attività può contare su un consistente nucleo di spettatori fidelizzati, composto in buona misura da giovani.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste:
La compagnia Diaghilev avvierà un percorso di divulgazione ed educazione nella propria realtà territoriale che favorisca l'acquisizione di strumenti più efficaci di lettura e di fruizione del lavoro scenico e che serva a sollecitare una diversa e più profonda sensibilità culturale ed emotiva verso il teatro. Le attività di promozione saranno indispensabili per consolidare l'intervento culturale nel contesto territoriale di riferimento, offrendo ulteriori occasioni di riflessione a supporto dell'offerta spettacolare. Attraverso iniziative di preparazione e di formazione, si incoraggerà un confronto con linguaggi poco, o per niente, frequentati. L'esigenza fondamentale è quella di trasformare lo spettatore da passivo osservatore a soggetto attivo del 'fenomeno' teatrale, dove il coinvolgimento deve riferirsi ad una attenzione critica, motivata e consapevole nei confronti dell'evento a cui si assiste.
L'attività di promozione avrà come interlocutore privilegiato il mondo della scuola. E' necessario, infatti, che il teatro sia un cantiere dove misurare esperienze compiute e coltivare nuove progettualità, creare circostanze di incontro e di scambio, suggerire l'apprendimento di nuove materie.

REGIONE PUGLIA Sezione Politiche della Cultura

All. A p.45

Gli itinerari abituali di comunicazione e sensibilizzazione adoperati per raggiungere fasce di spettatori più vaste ed eterogenee hanno bisogno di una rinnovata spinta per abbattere alcune barriere di diffidenza o di disinteresse e per facilitare un processo di "partecipazione" che accosti il pubblico, e in modo specifico i più giovani, alla prassi teatrale e lo aiuti a guardare il teatro come un mezzo per conoscere le problematiche esistenziali della vita e la realtà circostante.
Pertanto saranno effettuati interventi direttamente nelle scuole da operatori culturali e teatrali della Diaghilev e, in occasione delle recite in teatro, gli attori e i registi coinvolti dialogheranno con il pubblico per approfondire le tematiche affrontate nei vari spettacoli.
La promozione dell'attività sarà, ovviamente, accompagnata da una adeguata politica di contenimento dei prezzi dei biglietti per accedere agli spettacoli programmati.

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:
Punto di partenza dell'attività di formazione sarà uno spettacolo prodotto dalla compagnia Diaghilev in cartellone nel mese di ottobre al Teatro Van Westerhout: "La dodicesima notte" di William Shakespeare con la regia di Massimo Verdastro.
Il lavoro di educazione del pubblico si baserà sulle strette relazioni esistenti tra l'osservazione della realtà, la conoscenza storica, l'analisi delle problematiche del mondo contemporaneo e l'invenzione letteraria, la creatività scenica, la finzione teatrale.
Questa fase sarà, inoltre, integrata e completata da specifici interventi realizzati per promuovere gli spettacoli delle compagnie under 35.

Luogo di svolgimento del progetto/delle attività previste
Teatro Van Westerhout Mola di Bari (e per alcune necessità la sala laboratorio del Palazzo San Domenico / Casa delle Culture - Mola di Bari)

Azioni di formazione e di educazione del pubblico con attenzione al pubblico giovane e ai linguaggi contemporanei
Il teatro, rispetto alle altre forme artistiche, possiede una tipicità che lo contraddistingue: la comunicazione scenica si connota come tipica esperienza sociale, perché chi recita a teatro non è solo l'attore, ma anche lo spettatore, che vive l'esperienza della rappresentazione non come artificio, ma come realtà.
Il teatro, come forma interattiva di linguaggi diversi, si configura come un prezioso strumento formativo, in particolare per i più giovani, poiché implica l'acquisizione di competenze pratiche, l'uso del corpo in funzione espressiva, il confronto con il personaggio e li mette in contatto con culture diverse di cui il teatro rappresenta sistemi e valori.
È in quest'ottica che il laboratorio di formazione del pubblico organizzato dalla Compagnia Diaghilev si prefigge l'obiettivo di avvicinare le nuove generazioni al mondo del teatro, per far loro scoprire le potenzialità di questo fondamentale mezzo di conoscenza.
L'intento è quello di educare il giovane pubblico alla lettura di uno spettacolo attraverso un percorso che abbia come finalità quella di scoprire e studiare i basilari processi della prassi scenica e della creatività teatrale.

Metodologia
Durante il percorso laboratoriale si cercherà di fornire le nozioni generali di base sulle tecniche interpretative, rivolgendo particolare attenzione a quelli che sono gli strumenti più importanti per un attore, il corpo e la voce e dedicando ampio spazio all'importanza della "parola" nella comunicazione teatrale. Verrà, altresì, condotto uno studio sul personaggio, attraverso la ricerca delle caratteristiche vocali, di movimento, di mimica facciale, di postura, scelta delle intonazioni, dei gesti, delle espressioni. Funzionale all'acquisizione di queste nozioni sarà il lavoro condotto su testi teatrali classici e del panorama contemporaneo, per far sì che i giovani conoscano e comprendano l'evoluzione del linguaggio teatrale nel tempo. Sarà dato spazio anche a brevi cenni di storia del teatro. Acquisire tali conoscenze servirà a comprendere meglio il significato di un'opera, a trasmettere in maniera compiuta il proprio pensiero, ad accostarsi alla visione di uno spettacolo in modo meno superficiale e più partecipativo.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 46

Il corso, condotto dagli attori della Compagnia Diaghilev, è rivolto a quei giovani che, anche in assenza di specifica preparazione, vogliono avvicinarsi al teatro per passione o per semplice curiosità.

Personale coinvolto nelle azioni di promozione del pubblico (numero, attività svolte..)
L'attività di promozione del pubblico prevista si avvarrà della partecipazione di 5 operatori - organizzatori culturali e teatrali,.
Per il corso di formazione sono programmate 6 lezioni.
Per la promozione degli spettacoli delle compagnie under 35 sono previsti incontri con le scuole del comprensorio e in teatro con gli artisti impegnati nelle produzioni teatrali.

Partecipazioni a incontri interregionali fra i titolari di residenza per lo scambio delle pratiche
La compagnia Diaghilev parteciperà al prossimo incontro interregionale tra i titolari di residenze in programma il 24 e 25 ottobre 2016 a Torino.

9 SETTEMBRE 2016

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
GUIDO BAGLIARO
via Imbriani 89 - 70121 Bari
P.I. e C.F. 08577480720

Regione Puglia - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 47

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI

Titolare della Residenza ARMAMAXA teatro
Spazio gestito TEATRO COMUNALE CEGLIE MESSAPICA

Tipologia Residenza: insediamento ☐ sviluppo ❹ consolidamento ☐

Nome Compagnia/e, artista/i in residenza _ Daria Paoletta – Compagnia Burambò __

Luogo di svolgimento della residenza _Teatro Comunale di Ceglie Messapica____

Descrizione sintetica del/i progetto/i di residenza con riferimento alle attività condivise:
Il percorso di ricerca di Daria Paoletta, dopo le sue esperienze di teatro di figura e successivamente di Narrazione, la porta oggi a spingersi verso la fusione dei due linguaggi.
La storia raccontata, appartenente alla tradizione orale zigana, è per sua stessa natura "meticcia".
Si racconta di Tzigo, un bambino che si mette in cammino, alla ricerca della felicità e della fortuna, seguendo le indicazioni ereditate dalla madre. Il fiore azzurro, nato dalle lacrime versate alla morte della madre, si rivelerà essere uno spirito guida. Tzigo parte all'avventura attraverso boschi e villaggi, incontra animali magici dispostiad aiutarlo e la terribile strega Muma Padurii che dovrà affrontare.
Una narrazione appassionata, divertente, fluida in cui, nel proseguire della storia, Daria apre lo sguardo allo spettatore fino a dialogare con il pubblico.

Il lavoro di ricerca procederà su tre binari paralleli:

- il rapporto e la fusione tra il linguaggio del Teatro di Figura e quello di narrazione;
- il rapporto della storia narrata con la musica dal vivo;
- la riflessione sul rapporto tra teatro e tradizione orale;

La specificità delle due Residenze che ospiteranno, in Toscana e in Puglia, la ricerca di Daria Paoletta e della Compagnia Burambò porterà alla condivisione del percorso artistico e produttivo mettendo a disposizione dell'artista tutte le competenze professionali acquisite da Catalyst e da Armamaxa teatro.

All. A p. 48

Durata (non inferiore a 20gg.) __dal 7 al 27 ottobre 2016_____

Eventuale esito della residenza
Al termine della Residenza, qualora l'artista e la direzione artistica di Armamaxa lo ritenessero opportuno sarà organizzata una dimostrazione del lavoro svolto.

Tipologia delle azioni di tutoraggio nelle azioni condivise: (consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa)
consulenze artistico-culturali
Riccardo Rombi - Compagnia Catalyst
Enrico Messina - Compagnia Armamaxa teatro

assistenza tecnico-organizzativa
Francesco Dignitoso – Compagnia Armamaxa teatro

Collaborazione produttiva/accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto interregionale per garantire la permanenza degli artisti presso altre regioni
ASSOCIZIONE CULTURALE CATALYST

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità
La contemporaneità del progetto sta nel tema affrontato nella ricerca: in un tempo in cui la questione dell'immigrazione e della diversità è centrale per la società contemporanea, lavorare al racconto di una storia di gitana fornisce spunti importanti per la riflessione di bambini e adulti e l'occasione di una discussione preziosa sull'evoluzione della civiltà e dell'identità italiana ed europea.

La multidisciplinarietà è facilmente rintracciabile nel percorso di "fusione" tra i linguaggi del Teatro di Narrazione, del Teatro di Figura e di quello musicale.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE RIFERITE ALLA PERMANENZA DI ARTISTI E FORMAZIONI IN RESIDENZA

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste
Le azioni di promozione previste per le attività di permanenza di artisti verteranno soprattutto sui canali online. Saranno attivate linee di dialogo diretto tra l'artista in residenza e il pubblico vicino ad entrambe le residenze ospitanti.

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;
2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 49

3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

La compagnia Burambò presenta 1 recita dello spettacolo esito del lavoro di residenza dell'artista Daria Paoletta in collaborazione con la residenza Catalyst.
Il percorso di ricerca di Daria Paoletta, dopo le sue esperienze di teatro di figura e successivamente di Narrazione, la porta oggi a spingersi verso la fusione dei due linguaggi.
La storia raccontata, appartenente alla tradizione orale zigana, è per sua stessa natura "meticcia".
Si racconta di Tzigo, un bambino che si mette in cammino, alla ricerca della felicità e della fortuna, seguendo le indicazioni ereditate dalla madre. Il fiore azzurro, nato dalle lacrime versate alla morte della madre, si rivelerà essere uno spirito guida. Tzigo parte all'avventura attraverso boschi e villaggi, incontra animali magici dispostiad aiutarlo e la terribile strega Muma Padurii che dovrà affrontare.
Una narrazione appassionata, divertente, fluida in cui, nel proseguire della storia, Daria apre lo sguardo allo spettatore fino a dialogare con il pubblico.

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso altri titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate e della residenza grazie a cui è stato prodotto lo spettacolo:

_____

_____

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti emergenti:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti under 35 ***(formazioni in cui il requisito sia prevalente nel gruppo)***
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

1 replica dello spettacolo dell'attrice Amalia Franco, data e accordo in via di definizione.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p.50

Eventuali azioni a supporto della visibilità della programmazione attraverso strumenti innovativi *(messa on-line piattaforme web, ecc.)*

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste:
La strategia di marketing, pubblicità e comunicazione si concentrerà sul canale e le tecniche on-line.
Il target di riferimento per questa rassegna e questi spettacoli proposti ci permette di non puntare ai grandi numeri e alla media degli spettatori, ma ad una nicchia, forse più esperta, sicuramente più attenta alle proposte teatrali e di spettacolo, avvezza all'uso delle nuove tecnologie e fortemente propensa alla partecipazione attiva alle diverse attività compreso la promozione e la pubblicità alla partecipazione stessa all'evento.

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:
Il progetto dal titolo IL TUO DRAMMATIZZARE è un progetto di formazione degli spettatori rivolto soprattutto ai ragazzi. L'iniziativa è volta a dare agli studenti-spettatori gli strumenti culturali adeguati per comprendere fino in fondo uno spettacolo e in particolare quelli che vedranno sul palcoscenico del Teatro Comunae di Ceglie Messapica nella stagione autunnale 2016. Un allestimento teatrale è infatti costruito su un linguaggio che, quasi come una lingua straniera, va prima conosciuto e studiato per essere compreso fino in fondo. Il progetto valorizza inoltre il mezzo della scrittura teatrale come ulteriore possibilità di sviluppo della creatività giovanile, sempre più spesso rivolta esclusivamente alla composizione di racconti, o romanzi, e quasi mai di opere teatrali.

Luogo di svolgimento del progetto/delle attività previste
Teatro Comunale di Ceglie Messapica (BR)

Azioni di formazione e di educazione del pubblico con attenzione al pubblico giovane e ai linguaggi contemporanei
Il progetto prevede per i partecipanti: 1) Incontro propedeutico di circa un'ora alla visione dei tre spettacoli in cartellone autunnale da effettuarsi a teatro. 2) Laboratorio di scrittura drammaturgica della durata di quindici ore, avente lo scopo di approfondire gli spunti testuali di alcuni degli spettacoli analizzati a partire dalla lettura e dalla riscrittura di alcune scene dei testi allestiti in stagione e visti a teatro.

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 51

Gli spettacoli che saranno oggetto di studio sono 3, quelli previsti in stagione presso il teatro comunale di Ceglie Messapica nell'ambito della rassegna "Sul Palco".

Personale coinvolto nelle azioni di promozione del pubblico (numero, attività svolte..)
Negli incontri propedeutici agli spettacoli si alterneranno uno o due per volta drammaturghi e registi o attori-autori.
Il laboratorio di 15 ore sarà condotto da due esperti drammaturghi o registi o attori-autori.

Partecipazioni a incontri interregionali fra i titolari di residenza per lo scambio delle pratiche

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 52

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI

Titolare della Residenza TERRAMMARE TEATRO
Spazio gestito TEATRO COMUNALE DI NARDO' (LE)

Tipologia Residenza: insediamento ☐ sviluppo ☐ consolidamento X

Nome Compagnia/e, artista/i in residenza GARRAFFO TEATRO TERRA – DARIO GAROFALO (SICILIA)

Luogo di svolgimento della residenza TEATRO COMUNALE DI NARDO' (LE)

Descrizione sintetica del/i progetto/i di residenza con riferimento alle attività condivise:

Creazione drammaturgica originale con musica dal vivo e danza, destinata a un pubblico di adolescenti (a partire dagli 11 anni), attorno al mito di Orfeo, con il coinvolgimento anche di figure artistiche locali. Nel corso della residenza artistica sono previste contaminazioni con progetti già in essere della struttura ospitante.

Durata 20 GIORNI

Eventuale esito della residenza Prova generale di fine lavori (studio) aperta a un pubblico di ragazzi

Tipologia delle azioni di tutoraggio nelle azioni condivise: (consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa)

La compagnia siciliana ospite sarà anche coinvolta in una serie di appuntamenti di formazione del pubblico, mirati soprattutto a giovani studenti di istituti superiori, per favorire lo scambio di competenze artistico-culturali.

Collaborazione produttiva/accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto interregionale per garantire la permanenza degli artisti presso altre regioni

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 53

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità

Il progetto ospitato, dal titolo *Orfeo – Variazioni sul Mito – ovvero Sulla nostalgia dell'amore*, di Dario Garofalo, Simone Memè e Rossella Marchi, realizzato in collaborazione con Simona Gambaro e Antonio Tancredi (Teatro del Piccione di Genova), avrà come principali ambiti di ricerca la crudele e vivida giovinezza, la rassegnata e appagata maturità, la poesia come grido d'amore che salva e insieme raggela, e utilizzerà i linguaggi del teatro, della musica, della danza e del video mapping. Un percorso poetico a più voci, tra le maglie del mito (Virgilio, Ovidio); un racconto in musica, una lunga ouverture.

Garraffo Teatro Terra ha la sua sede ideale a Selinunte, a sud ovest della Sicilia.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE RIFERITE ALLA PERMANENZA DI ARTISTI E FORMAZIONI IN RESIDENZA

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;
2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;
3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso altri titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate e della residenza grazie a cui è stato prodotto lo spettacolo:

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 54

 # 1 PIERINO – Storie di bambini due volte coraggiosi – Racconto fantasioso di Dario Garofalo ispirato all'opera musicale *Pierino e il lupo* di Sergej Prokof'ev – N. 2 RECITE NELLE DATE 3 E 4 NOVEMBRE 2016 (matinée per le scuole) – COMPAGNIA GARRAFFO TEATRO TERRA – Selinunte (TP) – con il sostegno del Teatro del Piccione e la collaborazione artistica di Simona Gambaro.

Pierino e il Lupo è una favola musicale che Prokof'ev compose in pochissimi giorni con lo scopo di educare i bambini alla musica. In questa versione originale per pianoforte solo, si immagina l'autore alle prese con la genesi dell'opera in un confronto creativo con uno spettatore privilegiato: il figlio da poco nato.

In questo contesto da camera, musica e parole costruiranno via via un immaginario comune, un ambiente di rappresentazione in cui la storia universale dell'incontro del Bambino con il Lupo assumerà dei connotati visivi quasi espressionisti: emotivi, visionari, non conformi.

Così la musica farà apparire animali di solo colore, un nonno duro come la pietra, un bambino (Pierino) che è solo capelli...e un lupo splendente di luce. Alla fine le immagini stesse richiederanno un epilogo diverso, una musica non scritta, un'azione da grande, grazie alla quale il percorso di crescita del bambino Pierino sarà rischiarato da nuova, primaverile luce.

Garraffo Teatro Terra è il connubio fertile di artisti che hanno scelto una modalità di produzione in rapporto armonico con tempi, competenze, aspirazioni.... In Teatro Terra non si può fare a meno del sole e dell'acqua per crescere, come in Sicilia. Garraffo è il non luogo selvatico che il Teatro di questi artisti ha eletto a specchio di sé e della propria condizione: Terra fertile e incolta, senz'acqua che affiori, ricca nelle vene profonde.

In Garraffo Teatro Terra si sono incontrati finora Dario Garofalo, Simone Memè, Rossella Marchi. E poi Valeria Mineo, Stefania Frasca, Aurora Damanti. *Pierino* è la prima vena d'acqua emersa da questo incontro.

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti emergenti:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate

SOGNO DI UNA NOTTE DI MEZZA ESTATE – N. 1 RECITA IN DATA 17 MAGGIO 2016 – COMPAGNIA RAGAZZI DI VIA MALINCONICO – GALLIPOLI (LE)

C'era una volta, in un paese lontano lontano un bosco magico....e una coppia d'amanti fuggiaschi...e una coppia di amanti gelosi in caccia dei primi....e la luna piena, l'amore, un fiore stregato e un regno fatato nel cuore del bosco...tutto racchiuso in un sogno d'una notte di mezza estate.

Una delle giovani compagnie più applaudite del territorio salentino, una stravagante brigata di attori, reduce dalla più discussa trilogia teatrale -Antigone- (2013), -Edipo re- (2014), -Medea- (2015), dal più terrificante salto nell'horror -Into the Wood- (2015), e dalle più zuccherose udienze polonordiche -Le poste di Babbo Natale- (2015) ritorna alla riscossa con una fiaba romantica che profuma di rugiada e polvere di stelle!

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti under 35 ***(formazioni in cui il requisito sia prevalente nel gruppo)***
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

REGIONE PUGLIA - Sezione Promozione della Cultura

All. A p. 55

UN PRINCIPE – N. 1 RECITA IN DATA SABATO 12 NOVEMBRE 2016 (matinée per le scuole) – COMPAGNIA OCCHISULMONDO – PERUGIA

OcchiSulMondo, compagnia umbra fondata nel 2005 da Massimiliano Burini e Arianna Cianchi, insieme a Daniele Aureli, Amedeo Carlo Capitanelli, Matteo Svolacchia, Daniel Anton Taylor e Michele Bigerna, debutta sulla scena nel 2008 dopo un intenso lavoro di ensamble, riscuotendo interesse e curiosità. Il gruppo oggi arricchito dalla presenza permanente di Greta Oldoni e Samuel Salamone è caratterizzato dal lavoro costante dei suoi membri provenienti da esperienze formative e professionali diverse, maturate in realtà Nazionali ed Internazionali.

Nello spettacolo *Un Principe*, tratto da Amleto, OSM si interroga sull'arte dell'attore, eliminando ogni orpello dalla scena. Lo spazio vuoto e 7 attori: niente di più. Evocare un ambiente, un momento preciso, nel quale lo spettatore insieme all'attore compie l'atto creativo attraverso l'immaginazione. Una drammaturgia che metta in evidenza dell'opera shakesperiana la caduta di una stato, il marciume della società, l'avidità e la perdità di responsabilità. Perché se un classico deve servire a qualcosa, oggi deve essere letto e raccontato, mettendo in evidenza il rapporto che esso ha con la società in cui viene rappresentato. C'è del marcio in Danimarca, c'è del marcio in Italia, c'è del marcio ovunque. Tutto è alla deriva, tutto è follia. Ognuno di noi è un Principe, circondato da marionette, manipolato dal sistema e in lotta con la sua coscienza. Ognuno di noi è chiamato alla responsabilità. Essere o non essere. Tutto qui.

IL DELFINO E IL PESCATORE – N. 1 RECITA IN DATA LUNEDÌ 28 NOVEMBRE 2016 (matinée per le scuole) – COMPAGNIA ONIRICA TEATRO – CARBONARA DI BARI (BA)

Lo spettacolo aderisce al progetto internazionale transfrontaliero IPA Adriatico Net-Cet (Network Cetacei), volto alla tutela e alla conservazione delle tartarughe marine, dei cetacei e della biodiversità del mare Adriatico dalle minacce principali dell'uomo: pesca intensiva, abbandono di rifiuti e sversamenti fognari, erosione costiera, cementificazione delle coste e deturpamento delle spiagge, distruzioni dei luoghi di nidificazione delle tartarughe marine, collisioni tra imbarcazioni e cetacei.

Il palombaro Giuseppe, alla ricerca del delfino Simone, si tuffa nelle acque del Mar Mediterraneo. Incontrerà i bizzarri e divertenti abitanti del mare: l'atletico Tonno Rosso Rocky, l'eterna viaggiatrice tartaruga Caretta caretta, il gravido Cavalluccio marino Hippo e ancora la famelica ma elegante Stella Marina Asteroidea, l'attraente e sensuale medusa Narba, l'eccentrico dott. Pino Posidonia e infine lo stravagante cantore del mare, il delfino Simone. In questo viaggio fantastico, tra coinvolgenti storie dal sapore tra mito e scienza, divertenti gags tra i personaggi e variegati momenti musicali, il palombaro Giuseppe verrà a conoscenza degli effetti dannosi dell'antropizzazione sull'habitat e sull'ecosistema marino e costiero del Mar Mediterraneo.

Onirica Teatro è una compagnia teatrale professionista costituitasi nel 2007 e regolarmente iscritta all'albo del Comune di Bari. Nel corso di questi 9 anni ha allestito (e sono tutti attualmente disponibili) 13 spettacoli e complessivamente ha impiegato circa 32 attori professionisti, 25 dei quali hanno un'età inferiore ai 35 anni.

Eventuali azioni a supporto della visibilità della programmazione attraverso strumenti innovativi ***(messa on-line piattaforme web, ecc.)***

Sezione Economia della Cultura - REGIONE PUGLIA

All. A p. 56

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste:

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:

Le azioni mirate alla formazione e all'educazione del pubblico sono rivolte a un gruppo di studenti provenienti da istituti superiori e ad altri spettatori di tutte le età: 20 appuntamenti, programmati nel periodo compreso tra aprile e dicembre 2016, a cura di Silvia Civilla e Marco Alemanno, con la possibilità di ospitare anche altri artisti esterni, come Dario Garofalo (vedi ob. A) e OcchiSulMondo (vd. ob. B).

L'intento del percorso è quello di indagare su come trovare nuovi spettatori, cercare pubblici diversi e/o fidelizzare quelli già presenti, come valorizzare insomma lo sviluppo del pubblico formandolo ed educandolo alla visione di spettacoli dal vivo, con particolare attenzione all'interessante scenario drammaturgico contemporaneo.

Si discuterà soprattutto su quanto lo stare in un territorio e il gestire uno spazio pubblico significhi dover conoscere bene il contesto e il destinatario di riferimento, per realizzare azioni capaci di facilitare e valorizzare l'incontro fra il teatro e lo spettatore.

Luogo di svolgimento del progetto/delle attività previste

TEATRO COMUNALE DI NARDO' (LE)

Azioni di formazione e di educazione del pubblico con attenzione al pubblico giovane e ai linguaggi contemporanei

Sono previsti, in collaborazione con il Liceo Galileo Galilei di Nardò, alcuni incontri interattivi in cui, dopo una breve introduzione, gli studenti lavoreranno alla preparazione di strategie di promozione di un evento teatrale, strategie che, alternativamente, saranno presentate e discusse dal gruppo. Il gioco quindi come strumento in più per coinvolgere i ragazzi in prima persona, alimentare la loro curiosità e tentare di costruire via via una consapevolezza da spettatore in un modo più strutturato.

All. A p. 57

Un percorso guidato dentro l'esperienza di essere spettatori, per darsi tempo e spazio per una discussione attorno al teatro di oggi. Un'occasione per incontrare artisti con cui accendere idee e riflessioni e realizzare insieme a loro alcuni momenti di analisi attiva e costruttiva.

Personale coinvolto nelle azioni di promozione del pubblico (numero, attività svolte..)
Silvia Civilla, Marco Alemanno, Giuliana Gnoni, Maurizio Mangia, Chiara De Pascalis, Marta Vedruccio, Rocco Nigro (azioni di tutoraggio) – Roberta De Simone, Ilaria Lia (segreteria) – Mariangela Fontana, Pierpaolo Suriano (promozione) – Marco Oliani, Antonio Apollonio, Klaidi Kulja, Enzo Alemanno (supporto tecnico)

Partecipazioni a incontri interregionali fra i titolari di residenza per lo scambio delle pratiche
TORINO: 24 E 25 OTTOBRE 2016

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 58

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI

Titolare della Residenza ASTRAGALI TEATRO – EUFONIA SOCIETÀ' COOPERATIVA
Spazio gestito TEATRO COMUNALE G. PAISIELLO - LECCE

Tipologia Residenza: insediamento ☐ sviluppo ☐ X consolidamento

Nome Compagnia/e, artista/i in residenza: AGOSTINO ARESU – DANIELA DIURISI

Luogo di svolgimento della residenza TEATRO PAISIELLO – ASTRAGALI TEATRO

Descrizione sintetica del/i progetto/i di residenza con riferimento alle attività condivise:
Agostino Aresu e Daniela Diurisi portano nella Residenza di Astràgali Teatro un progetto artistico multidisciplinare che coinvolge arte sonora, arte visiva e teatro. In un precedente lavoro parte in Sardegna parte in Puglia Aresu e Diurisi hanno condotto diverse azioni di arte relazionale e partecipata che hanno alimentato una serie di materiali, azioni, suoni.
Nel periodo di permanenza presso la Residenza di Lecce Aresu e Diurisi, lavorando assieme al personale artistico e tecnico di Astràgali-Eufonia , elaboreranno i materiali e potranno utilizzare spazi e attrezzature per le prove per arrivare ad una messa in scena sotto forma di installazioni visive, sonore e azioni performative site--specific.
La scelta della forma installativa e performativa viene dalla necessità di rivolgersi a un pubblico soprattutto di non addetti ai lavori. Il lavoro è centrato sulle storie di migrazione e di lavoro in Sardegna. Sulla traccia dell'Odissea di Omero si tracciano le gesta di un Ulisse multietnico e multiforme. Nella Residenza saranno anche elaborato il materiale sonoro delle voci di chi partì dalla Gallura e dal Salento negli anni '60 per andare a cercare fortuna in continente o in Corsica, intrecciato con quello di chi è arrivato in paese più di recente dal Nord africa e dal Vicino Oriente

Durata (non inferiore a ....) 20 GIORNI

Eventuale esito della residenza: Work in progress

Tipologia delle azioni di tutoraggio nelle azioni condivise: (consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa) : Assistenza Tecnica, consulenza artistica, scambio artistico. relazione con il territorio attraverso indagini sulla migrazione tra le comunità migranti presenti, allestimento e prove, ricerca artistica comune, elaborazione materiale sonoro

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 59

Collaborazione produttiva/accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto interregionale per garantire la permanenza degli artisti presso altre regioni:
Sono stati attivati attivati accordi con Accademia Amiata Mutamenti (Toscana) e La MaMa Umbria International (Umbria) per garantire la permanenza degli artisti in Toscana ed Umbria nel 2017

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità
Agostino Aresu è un regista ed attore teatrale, Daniela Diurisi è un'artista sonora, il loro progetto coniuga ricerca ed elaborazione di materiale sonoro originale, installazione audio visiva e performance teatrale ed artistiche. Il lavoro drammaturgico verte sulle testimonianze di migranti di ieri e di oggi.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE RIFERITE ALLA PERMANENZA DI ARTISTI E FORMAZIONI IN RESIDENZA

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste: Promozione dei due artisti nel settore degli addetti ai lavori e presso le scuole medie superiori

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;
2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;
3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

_____

_____

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso altri titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate e della residenza grazie a cui è stato prodotto lo spettacolo:

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. A p. 60

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti emergenti:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti under 35 *(formazioni in cui il requisito sia prevalente nel gruppo)*
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

Saranno programmati tre spettacoli selezionati dagli applicanti a una call aperta a tutti gli artisti e le compagnie under35 che hanno difficoltà ad individuare luoghi che ospitano le proprie produzioni. D'altra parte quello dei luoghi aperti e disponibili alle realtà dei territori è uno dei problemi più avvertiti da chi opera nel campo della cultura in Italia. La scelta di aprire la Residenza alle espressioni ed alle realtà giovanili, spesso prive di adeguati supporti, di strumenti necessari ad attivare una comunicazione capace di supportare e valorizzare lo sforzo creativo, cerca di dare un sostegno a queste realtà e di contestualizzarlo in una più ampia necessità territoriale, di affinarle in una dinamica relazionale che lo arricchisca di contributi teorici e pratici, per una loro maggiore qualificazione e incidenza. La call inviterà gli artisti e/o le compagnie under35 a presentare materiale di una propria produzione, che sarà selezionato da una commissione che individuerà i tre lavori più meritevoli. I tre artisti/compagnie verranno inviatati a presentare lo spettacolo presso il Teatro Paisiello nell'ambito di una rassegna di tre giorni e tre titoli dedicata a questi artisti singoli o giovani gruppi, molto spesso isolati, che sono il segno di una vivace e intensa attività culturale che riguarda diffusamente tutto il Meridione, e che rappresentano senza ombra di dubbio il più interessante germe di futuro che possa essere messo a dimora.

Eventuali azioni a supporto della visibilità della programmazione attraverso strumenti innovativi *(messa on-line piattaforme web, ecc.)* compatibilmente con le difficoltà di ricezione della rete internet che il teatro Paisiello mostra, si cercherà di realizzare una diretta streaming della rassegna

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste:
materiale tipografico, ufficio stampa, social network

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:

All. A p. 61

Il progetto, in continuità con il 2015, si propone di realizzare una serie di attività atte a fornire di strumenti di comprensione circa le pratiche teatrali al pubblico della Residenze.
Saranno realizzati un ciclo di incontri di approfondimenti con alcune esperienze significative del panorama nazionale ed internazionale (LE PAROLE DEL TEATRO) ed un laboratorio di accompagnamento alla visione rivolto a giovani e studenti.
Animeranno gli incontri-seminari :
ROBERTO TESSARI, uno dei massimi storici europei del teatro
RENZO FRANCABANDERA, critico teatrale, regista e drammaturgo
RENATO GABRIELLI autore teatrale, drammaturgo e sceneggiatore, docente di scrittira teatrale presso la Scuola d'Arte Drammatica "Paolo Grassi".
LINO ANGIULI scrittore ed editore
HAMADOU MANDE' regista teatrale e Presidente del Centro dell' International Theatre Institute UNESCO del Burkina Faso
JEAN BAPTISTE HAMADO TIEMTORE attore e regista del Burkina Faso, premio della critica in Belgio

Luogo di svolgimento del progetto/delle attività previste:
Teatro Paisiello, Astràgali Teatro

Azioni di formazione e di educazione del pubblico con attenzione al pubblico giovane e ai linguaggi contemporanei

Il laboratorio di accompagnamento alla visione dello spettacolo dal vivo, in continuità con il 2016 e sviluppandone gli elementi emersi, sarà focalizzato soprattutto su aspetti critici e teorici, atti a trasferire competenze per la visione di uno spettacolo teatrale. I temi principali del laboratorio saranno:
- analisi del testo (lettura e riflessione sui nuclei tematici che emergeranno nell'opera teatrale);
- dal testo alla messa in scena: il lavoro creativo dell'attore e del regista;
- approfondimenti sui contenuti dello spettacolo (forme diverse degli spettacoli, sguardi diversi che si possono avere sull'arte teatrale, approccio emotivo e razionale, curiosità sulla costruzione degli spettacoli, ragionamenti su pregiudizi e cliché)
Il laboratorio è strutturato in 20 incontri con la presenza di due operatori. Si prevede un numero massimo di 25 partecipanti.

Personale coinvolto nelle azioni di promozione del pubblico (numero, attività svolte..)

N. 2 docenti per il laboratorio di accompagnamento alla visione
n. 6 esperti per gli incontri di approfondimento rivolti al pubblico

Partecipazioni a incontri interregionali fra i titolari di residenza per lo scambio delle pratiche
Si parteciperà all' incontro previsto a Torino

REGIONE PUGLIA - Assessorato Pubblica Istruzione, Formazione, Lavoro, Cultura

Ae. A p. 62

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI RESIDENZA, COERENTI CON OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE DEL PROGETTO INTERREGIONALE –

OBIETTIVO A) - AZIONI PRIORITARIE:

1. Favorire la permanenza in residenza di artisti e formazioni (non titolari di residenza) attraverso attività creative di ricerca, di studio, di qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte, di allestimento e prove, nonché di confronto con il territorio, condivise fra titolare della residenza e ospite. Le attività condivise possono prevedere il tutoraggio dell'ospite attraverso consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa.
2. favorire permanenze in residenza in altre regioni partecipanti al progetto degli artisti e delle formazioni di cui al punto 1), al fine di consentire la loro mobilità, attraverso collaborazioni produttive e accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ RESIDENZIALI

Titolare della Residenza
Spazio gestito

Tipologia Residenza: insediamento ☐ sviluppo ☐ consolidamento ☐

Nome Compagnia/e, artista/i in residenza

Compagnia Officine Duende/Teatro delle Pietre (Roberta Ruggiero, Emanuela Petralli, Raffaele Silvestre)
Teatro delle Pietre nasce all'interno della Compagnia Officine Duende per indagare sull'uso del corpo e della voce in relazione alle tecniche di animazione. La sua ricerca si concentra in particolare sulle possibilità sceniche e sonore di materiali "poveri" e sul dialogo con gli spazi. Questo nucleo della Compagnia viene selezionato nel 2008 per la piattaforma coreografi emergenti dedicata a Pina Bausch – Filo d'Arianna Festival, nel 2011 per il Magdalena project e nel 2015 per la residenza "Cose Nuove" di Teatro Nucleo. Attualmente è impegnato in una coproduzione internazionale che vede la presenza di artisti provenienti da Spagna, Argentina e Italia.

Luogo di svolgimento della residenza

Teatro Comunale di Mesagne

Descrizione sintetica del/i progetto/i di residenza con riferimento alle attività condivise:

L'attraversamento della compagnia Officine Duende/Teatro delle Pietre presso il Teatro Comunale di Mesagne nel mese di novembre 2016 costituisce un ulteriore passo del progetto artistico Araña degli attori-danzatori Gustavo Friedemberg, Ruben Perez Pombo e Roberta Ruggiero nato a Holstebro (Danimarca) nel febbraio 2015 nell'ambito di un workshop dell'Odin Teatret. Subito accomunati dalla lingua spagnola, dall'interesse per l'opera di Garcia Lorca e dalla curiosità per gli aspetti più fisici del teatro, gli artisti hanno deciso di creare un piccolo collettivo per produrre uno spettacolo. Dopo ricerche individuali e scambi di materiali, nel marzo 2016, a Lugo (Galizia-Spagna) la creazione ha preso vita. È stata presto battezzata "ARAÑA INDIAVOLATA" in omaggio alla pizzica che ha dato ritmo e ispirazione alla fase iniziale di costruzione. L'ospitalità del Conservatorio Profesional de Danza de Lugo (CDAN) ha reso possibile

All. A p. 63

una sessione intensiva di training e improvvisazione. Le prime composizioni vocali e corporee sono state portate all'esterno, si è creato un contatto con il suggestivo paesaggio Praia das Catedrais. I passi sono stati lambiti dal mar Cantabrico, le voci fatte echeggiare dalle grotte.
Il progetto ora incontra la Residenza teatrale di Thalassia e il paesaggio naturale al centro della ricerca di teatro ambientale della Compagnia che costituirà il nutrimento della nuova fase di lavoro tra il Teatro Comunale di Mesagne, il paesaggio rurale circostante e la Riserva naturale di Torre Guaceto.

Durata

20 giorni nel mese di novembre 2016

Eventuale esito della residenza

La Residenza in programma si pone l'obiettivo di far compiere al lavoro della compagnia ospite un ulteriore passo frutto dell'incontro tra la ricerca della compagnia e quella specifica sulla narrazione del paesaggio che Thalassia svolge nel territorio.

Tipologia delle azioni di tutoraggio nelle azioni condivise: (consulenze artistico-culturali e/o assistenza tecnico-organizzativa)

L'incontro artistico tra il progetto ospite e la residenza teatrale di Thalassia trova il suo luogo di confronto, nutrimento e tutoraggio nel paesaggio delle storie al centro della ricerca di Luigi D'Elia, direttore artistico della Residenza Thalassia, e Simonetta Dellomonaco, architetto paesaggista specializzata nello studio degli elementi poetici e di memoria dei territori. In questo luogo privilegiato la compagnia ospite lavorerà con la Residenza per approfondire la ricerca sugli aspetti del magico presenti nel paesaggio pugliese che ospita l'attraversamento con l'obiettivo di creare interventi specifici in contesti paesaggistici locali che richiamino le suggestioni dello spettacolo e tessere legami e scambi con le comunità che ospitano questa fase di lavoro e di messa in scena.

Collaborazione produttiva/accordi con altri soggetti titolari di residenza partecipanti al Progetto interregionale per garantire la permanenza degli artisti presso altre regioni

Il progetto ARAÑA è stato selezionato da Teatro Nucleo (Pontelagoscuro-Ferrara) per le residenze sostenute dal MiBACT e con il contributo della Regione Emilia Romagna nell'anno 2015. Nei mesi di ottobre e novembre 2015 è già stato ospitato in residenza a Pontelagoscuro-Ferrara e a Sesto Fiorentino (selezionati da AttoDue). La natura del progetto artistico fortemente legata alla matrice più profonda dei luoghi ha fatto maturare l'idea di un progetto di collaborazione tra le Residenze che in rete hanno ospitato il lavoro consistente nella narrazione condivisa (in una forma ancora in fase di progettazione) del Paesaggio di ARAÑA.

Aspetti multidisciplinarietà e contemporaneità

Indiavolata è un progetto che sfiora, oltrepassa e confonde i confini di teatro danza e teatro fisico. Il linguaggio principale è il MOVIMENTO. In rilievo il corpo e la voce nelle loro molteplici possibilità di costruire SIMBOLOGIA IMMAGINARIO. L'ispirazione insegue il senso del MAGICO attraverso le epoche e le culture. Il ragno del nome proviene dalla Pizzica, fenomeno unico di sanazione attraverso la musica e le danze. Le origini del TARANTISMO,

All. A p. 64

caratteristico del Salento, stendono un filo che ci porta alla Spagna. La Galizia ci restituisce una ricchezza di riti antichi legati alla stregoneria e una moltitudine di figure che popolano la soglia tra realtà e fantasia: Meigas, Mouras, Trasnos. L'Argentina ci porta un'apparente contraddizione, la Luz Mala, leggenda legata all'apparizione di luci che fluttuano nel buio. Immersi in un' atmosfera silvestre e oscura, un notturno in un bosco, gli attori costruiranno un mondo fantastico tessendo e distruggendo situazioni per dar vita ad un racconto, senza la necessità di evocare la parola nella sua funzione narrativa. Viene fatta aleggiare una domanda che lo spettatore può conservare nella testa o nei suoi sogni:
Che posto ha il magico nella nostra epoca? ...e lasciarla germogliare!

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste

Si intende avviare un'attività di comunicazione integrata coniugando i vari motori della comunicazione sui social media ai veicoli più tradizionali attraverso la diffusione di comunicati stampa ed interviste radiofoniche realizzate con gli artisti ospiti.

Inoltre, sarà fatta una campagna di promozione attraverso un'azione diretta di front office presso il teatro comunale, presso gli altri presidi coinvolti nei progetti in cui la compagnia Thalassia svolge le proprie attività. Due esperti animatori della compagnia saranno infatti incaricati di svolgere attività di promozione frontale one-to-one già a partire dall'estate, informando e preparando i visitatori dei siti ambientali e monumentali del territorio delle attività che che saranno svolte. L'azione coinvolgerà un bacino di utenza territoriale che comprende Mesagne e i comuni limitrofi: Brindisi, Carovigno e Torre Guaceto, S. Vito dei N.nni, Latiano.

OBIETTIVO B) - AZIONI PRIORITARIE

1. Programmazione nelle Residenze di spettacoli di artisti under 35, di formazioni emergenti e delle formazioni non titolari di residenza coinvolte nelle permanenze in residenza di cui all'obiettivo a), con particolare attenzione alla multidisciplinarietà;

2. Messa online delle programmazioni di cui al punto precedente per favorire la visibilità delle Residenze partecipanti al progetto;

3. Azioni di partenariato con altre esperienze di residenza di realtà nazionali e internazionali. Circuitazione di spettacoli per far conoscere presso operatori italiani e stranieri l'attività svolta nelle residenze, favorendo la conoscenza degli artisti e delle formazioni ospitate e coinvolte.

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLE PRODUZIONI SVILUPPATE IN RESIDENZA, DI ARTISTI UNDER 35 E DEGLI ARTISTI EMERGENTI

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso la propria sede:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

All. A p. 65

Al termine del periodo di Residenza della Compagnia Duende è prevista una restituzione al pubblico come prova aperta (n. 1 prova aperta) del nuovo stato di avanzamento del progetto ARAÑA e della parte di cammino che la permanenza in residenza ha nutrito.

Programmazione di spettacoli realizzati in residenza presso altri titolari di residenza partecipanti al Progetto Interregionale:

Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate e della residenza grazie a cui è stato prodotto lo spettacolo:

Il progetto ARAÑA sotto forma di studio è stato presentato al Teatro della Limonaia (Sesto Fiorentino) il 21 novembre 2015 e al Teatro Cortazar (Ferrara) il 11 dicembre 2015 al termine del periodo di residenza sostenuta dal MiBACT presso il Teatro Nucleo (Pontelagoscuro-Ferrara).

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti emergenti:
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate

La Residenza Thalassia ospiterà nel mese di ottobre 2016 n. 3 recite di uno studio della nuova compagnia INTI dedicato al testo di Dino Buzzati, IL SEGRETO DEL BOSCO VECCHIO.

Programmazione di spettacoli realizzati da artisti under 35 ***(formazioni in cui il requisito sia prevalente nel gruppo)***
Indicare il titolo degli spettacoli, il numero di recite e il riferimento delle compagini artistiche programmate:

Eventuali azioni a supporto della visibilità della programmazione attraverso strumenti innovativi ***(messa on-line piattaforme web, ecc.)***
Gli spettacoli programmati e le prove aperte di cui al presente punto B) faranno l'oggetto di report fotografici e riprese video realizzati dalla compagnia Thalassia e caricati sia sui social media, (Youtube, facebook, Instagram) con pagine dedicate, sia sulla piattaforma web Thalassia, che per l'occasione sarà adattata ad ospitare una specifica sezione che parli dei progetti di supporto alle compagnie emergenti. Saranno anche sviluppati comunicati e testi descrittivi delle compagnie e dei loro progetti finalizzati alla divulgazione delle opere e degli artisti anche presso i propri riferimenti editoriali. Inoltre, tutto il lavoro sarà comunicato attraverso la propria mailing list di oltre 3.000 contatti fra cui molti operatori teatrali.

EVENTUALI AZIONI DI PROMOZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE

Descrivere sinteticamente le azioni di promozione previste:

Si intende avviare un'attività di comunicazione integrata coniugando i vari motori della comunicazione sui social media ai veicoli più tradizionali attraverso la diffusione di comunicati stampa ed interviste radiofoniche realizzate con gli artisti ospiti.

APP. A p. 66

Inoltre, sarà fatta una campagna di promozione attraverso un'azione diretta di front office presso il teatro comunale, presso gli altri presidi coinvolti nei progetti in cui la compagnia Thalassia svolge le proprie attività. Due esperti animatori della compagnia saranno infatti incaricati di svolgere attività di promozione frontale one-to-one già a partire dall'estate, informando e preparando i visitatori dei siti ambientali e monumentali del territorio delle attività che che saranno svolte. L'azione coinvolgerà un bacino di utenza territoriale che comprende Mesagne e i comuni limitrofi: Brindisi, Carovigno e Torre Guaceto, S. Vito dei N.nni, Latiano.

OBIETTIVO C) – AZIONI PRIORITARIE

1. Attività di formazione e di educazione del pubblico con chiara identificazione dell'obiettivo, del target e degli strumenti da utilizzare, mirate a rafforzare la relazione fra le Residenze e i rispettivi territori, caratterizzate dalla ricerca di un approccio originale e dalla collaborazione di altri soggetti e operatori culturali e artistici del territorio;
2. Attività di confronto/collaborazione con altri soggetti titolari di residenze per lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e pratiche di cui al precedente punto 1, con particolare attenzione a quelle orientate ai pubblici giovani e alla formazione sui linguaggi del contemporaneo.

ATTIVITA'/ PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO C)

Descrizione sintetica delle attività/progetto:
L'azione di formazione è dedicata in maniera specifica al mondo della scuola ed in particolare ai docenti e si struttura come un programma di educazione articolato attorno ai temi cardine della ricerca della Compagnia Thalassia. La Residenza articola per tutti i mesi autunnali un ufficio dedicato alle scuole che si occuperà di tutte le fasi del lavoro: segreteria dedicata, promozione e diffusione presso le scuole, iscrizioni e assistenza, organizzazione degli incontri, relatori e formazione. Sinteticamente le azioni sono suddivise in:

- Organizzazione, segreteria e coordinamento generale delle attività;
- Attività di introduzione/informazione preliminari agli incontri degli esperti invitati;
- Realizzazione di 4 workshop presso le scuole della provincia di Brindisi rivolti ai docenti e accompagnati dagli esperti inviatati, con la presentazione dei libri individuati dal progetto.
- Ufficio Stampa per la diffusione e delle buone prassi e la divulgazione del progetto sui media tradizionali e sui social media.

Luogo di svolgimento del progetto/delle attività previste
Attività pubbliche: LE SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE DELLA PROVINCIA DI BRINDISI
Attività preparatorie, informative degli esperti e organizzative: TEATRO COMUNALE MESAGNE

Azioni di formazione e di educazione del pubblico con attenzione al pubblico giovane e ai linguaggi contemporanei

L'azione di formazione del pubblico è pensata come azione di formazione dei formatori e si rivolge in maniera prioritaria ai docenti delle Scuole primarie e secondarie della Provincia di Brindisi attraverso un programma multidisciplinare di formazione e alfabetizzazione alla scena del teatro ragazzi costruito attorno ai temi che hanno animato la ricerca della compagnia Thalassia. I quattro racconti Thalassia, tra i più premiati e conosciuti del teatro per

All. A p. 67

ragazzi d'Italia, tracciano un percorso formativo attraverso quattro incontri di formazione pomeridiani, ognuno su un tema della ricerca e legato a libri e autori che hanno ispirato le storie:

1) L'ALBERO E IL RACCONTO DELLA NATURA (ispirato allo spettacolo STORIA D'AMORE E ALBERI)
Raccontare il mondo vegetale per raccontare le relazioni: dal racconto de L'uomo che piantava gli alberi di Jean Giono ai progetti di forestazione partecipata.

2) IL LUPO, LA LEGGENDA, L'ALTRO (ispirato allo spettacolo LA GRANDE FORESTA)
Lo spazio della magia e dell'Altro nel teatro ragazzi. L'incontro è associato alla presentazione del libro LA GRANDE FORESTA (Ed. Titivillus) di Francesco Niccolini e Luigi D'elia.

3) IL PAESAGGIO DELLE STORIE (ispirato allo spettacolo ASPETTANDO IL VENTO)
Raccontare il paesaggio che plasma la memoria del mondo con gli elementi più misteriosi, segreti, sottili. L'incontro è associato inoltre alla presentazione della graphic novel ASPETTANDO IL VENTO (Ed. Becco Giallo) di Luigi D'Elia, Francesco Niccolini e Simone Cortesi.

4) IL TEMPO DEL PANE (ispirato allo spettacolo IL GIARDINO DELLE MAGIE)
Stili di vita, sobrietà e sviluppo sostenibile nei racconti e nei progetti per il Teatro ragazzi insieme alla presentazione del libro SOBRIETA' (Ed. Feltrinelli) di Francesco Gesualdi.

Personale coinvolto nelle azioni di promozione del pubblico (numero, attività svolte..)

Il personale coinvolto nelle attività di promozione del pubblico sarà composto sia da professionisti ed esperti invitati dalla compagnia nell'ambito del progetto, sia da esperti che compongono il team della compagnia stessa. Allo stesso tempo sarà attivata una segreteria tecnico organizzativa ed un ufficio di coordinamento generale delle attività. In maniera trasversale un ufficio stampa si occuperà di divulgare sui media le attività come buone prassi per la divulgazione del linguaggio teatrale presso le scuole e la sensibilizzazione ai temi trasversali dell'educazione culturale dei ragazzi.

Professionisti, esperti, autori, attori per l'animazione dei workshop

- Francesco Gesualdi, economista esperto sui temi della decrescita economica e sulla sostenibilità, autori di diversi libri. Sarà invitato ad animare i tavolo dei docenti attorno al tema su indicato (spettacolo Thalassia di riferimento: André e Dorine – Il giardino delle magie).
- Annagrazia Frassanito, biologa faunista, esperta sui lupi e il loro habitat, in particolare l'appenino lucano fino alla Murgia. Sarà invitata ad animare il tavolo dei docenti attorno al tema indicato (spettacolo di riferimento: La grande foresta).
- Tonio De Nitto e compagnia Duende, attori rispettivamente titolare di residenza teatrale e compagnia emergente ospite dell'attraversamento di cui al punto A). Saranno invitati ad animare il tavolo dei docenti attorno al tema indicato (spettacolo di riferimento: Aspettando i vento).
- Luigi D'Elia e Simonetta Dellomonaco, rispettivamente attore/autore e architetto paesaggista impegnati in vari progetti, anche in seno alla compagnia Thalassia, di rigenerazione paesaggistica e valorizzazione del patrimonio identitario dei luoghi e delle culture. Saranno invitati ad animare il tavolo dei docenti attorno al tema indicato (spettacolo di riferimento: Storia d'Amore e Alberi).
  Allo stesso tempo i due esperti saranno incaricati di sviluppare un programma formativo/informativo sul quale si dovrà basare il lavoro dei tavoli. Tale programma conterrà sia i contenuti didattici (in forma di slides, video, testi, riferimenti di studio e di ricerca) da utilizzare nel corso dei lavori, sia i singoli contenuti tematici su cui si dovrà basare tutta l'attività dei workshop. Lo sviluppo di questo fase preliminare della formazione didattica prevede anche un momento laboratoriale preliminare che coinvolgerà gli ospiti e gli animatori dei tavoli da

All. A p. 68

svolgersi presso il Teatro Comunale di Mesagne, anche in relazione alle attività di cui al punto A) del presente progetto.

Segreteria tecnico organizzativa e Coordinamento generale

Per l'organizzazione dei 4 workshop con i docenti di cui sopra, sarà incaricata una unità di segreteria esperta in attività di coinvolgimento delle scuole anche in relazione alla organizzazione delle rassegne di teatro ragazzi. La segreteria organizzativa dovrà estendere l'invito, redatto dal coordinatore generale del progetto, a tutte le suole della provincia di Brindisi al fine di garantire il più alto numero di partecipazione possibile da parte dei docenti.

Tutte le attività saranno coordinate in maniera integrata da un unico ufficio di coordinamento di progetto, che si incaricherà di redigere insieme alla compagnia i contenuti dei tavoli. Inoltre, il coordinamento si occuperà di degli inviti agli esperti e della loro accoglienza e informazione preliminare alle attività pubbliche con attività da svolgersi presso il teatro comunale di Mesagne.

Animatori ambientali

Inoltre, saranno presenti ai tavoli il gruppo delle guide ambientali (cultura e natura) di Thalassia, incaricati di seguire le attività di supporto e fornire il proprio contributo di esperienza sul campo ai docenti coinvolti.

Ufficio Stampa

La compagnia sarà dotata di un esperto in comunicazione per la cura dell'Ufficio Stampa, che sarà incaricato sia della divulgazione delle attività svolte, in termini di disseminazione di buone prassi, sia di promuovere le attività e i temi di studio affrontati nel corso delle attività al fine di ampliare l'azione di promozione presso il pubblico.

Partecipazioni a incontri interregionali fra i titolari di residenza per lo scambio delle pratiche

TORINO – 23/24 OTTOBRE 2016

Il presente allegato è composto da n. 68 fogli.

Il Dirigente della Sezione

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

All. B

REGIONE PUGLIA

CONVENZIONE PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO
"Residenze /edizione 2016"

CUP *******

Previsto dall'Accordo di Programma Triennale 2015/2017 interregionale, in attuazione dell'articolo 45 del D.M. 1° luglio 2014 n. 71 del Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo come definito dall'intesa sancita il 18/12/2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome.

TRA

Regione Puglia, Assessorato all'Industria Turistica e Culturale, Sezione Cultura e Spettacolo, con sede in Via Gobetti 26, - 70125 BARI - (C.F.: 80017210727) di seguito denominata ***Regione***, in persona del Dirigente della Sezione Economia della Cultura, dott. Mauro Paolo Bruno;

E

Il Consorzio **Teatro Pubblico Pugliese**, con sede legale in Bari alla via Imbriani n. 67 (C.F. / P.IVA: 01071540726), di seguito denominato ***TPP***, in persona del Presidente legale rappresentante pro-tempore dott. Carmelo Grassi;

premesso che:

1. Con l'Intesa sancita in data il 18/12/2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome si è ritenuto opportuno definire un quadro di orientamento unitario entro cui collocare, nel rispetto delle differenze territoriali e della pluralità di forme espressive del processo innovativo dei sistemi di Residenze, in considerazione della previsione contenuta nell'articolo 45 del D.M. 1° luglio 2014 del Ministero per i Beni e per le Attività Culturali e per il Turismo che prevede la stipula di specifici accordi di programma con una o più Regioni su progetti relativi all'insediamento, alla promozione allo sviluppo del sistema delle Residenze artistiche, quali esperienze di rinnovamento dei processi creativi, della mobilità, del confronto artistico nazionale ed internazionale, di incremento dell'accesso di qualificazione della domanda per il settore;
2. Con deliberazione n. 993 del 19/05/2015, modificata con deliberazione n. 2439 del 30/12/2015, la Giunta Regionale ha approvato l'Accordo di Programma Triennale 2015/2017 interregionale, in attuazione dell'articolo 45 del D.M. 1° luglio 2014 del Ministero per i Beni e per le Attività Culturali e per il Turismo come definito dall'intesa sancita il 18/12/2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, unitamente agli Allegati.

REGIONE PUGLIA

3. Mediante la sottoscrizione del predetto Accordo di Programma si intende perseguire le seguenti finalità:
   - Valorizzare sul piano nazionale ed internazionale le pratiche di Residenza quali modalità innovative dei processi creativi e di programmazione, anche multidisciplinari, nonché di gestione e di formazione del pubblico;
   - Sostenere la mobilità e la multidisciplinarietà degli artisti mediante l'attraversamento dei luoghi di Residenza, la trasmissione dei saperi, il ricambio generazionale e lo scambio artistico-esperienziale con il territorio;
   - Promuovere la progettualità di rete all'interno del Sistema delle Residenze e con altri soggetti della filiera artistico – culturale del territorio;
   - Contribuire al riconoscimento ed al rafforzamento della funzione specifica dello spettacolo dal vivo nell'offerta culturale, nonché alla sua sostenibilità sociale, con particolare attenzione al coinvolgimento di fasce di pubblico diversificate e alla crescita di una fruizione consapevole.
4. L'attuazione delle predette finalità dovrà avvenire attraverso i seguenti obiettivi individuati come prioritari dal citato accordo:
   - Mobilità e permanenza degli artisti;
   - Valorizzazione delle giovani generazioni e degli artisti emergenti attraverso il sostegno alla circolazione delle opere, alla loro riconoscibilità e ad un più incisivo inserimento nel mercato nazionale ed internazionale;
   - Realizzazione di progetti originali nella relazione con i propri territori per avviare, sviluppare o consolidare la funzione ed il valore dello spettacolo dal vivo presso le comunità di riferimento, anche in sinergia con la presenza e la funzione svolta da altri soggetti della filiera artistica, culturale, formativa di ciascun territorio.
5. I progetti di Residenza individuati dalle Regioni e Province autonome aderenti all'Intesa prevedono un cofinanziamento su base annuale nella misura della copertura del disavanzo per una quota pari al 40% da parte del MiBACT-DGS e del 60% da parte delle Regioni e Province autonome sedi dei progetti di Residenza.
6. Con Determinazione dirigenziale n. 391 del 12/09/2016 è stato approvato lo schema di Integrazione per l'annualità 2016 all'Accordo di Programma Triennale 2015/2017 sottoscritto dalle Regioni aderenti all'Intesa del 18/12/2014.
7. Il succitato Atto Integrativo è stato sottoscritto digitalmente dal Dirigente della Sezione Economia della Cultura e quindi trasmesso a mezzo pec con nota AOO_171/0002894 del 19/09/2016 alla summenzionata Direzione Generale.
8. Il TPP è un Ente Pubblico Economico ai sensi del D.Lgs. 18.08.2000 n. 267, non ha fini di lucro ed è interamente partecipato da Comuni e Province pugliesi, nonché dalla Regione Puglia (L.R. 16 Aprile 2007 n.10 art.47 e D.G.R. n.551 del 9 Maggio 2007, ed art. 39 L.R. n. 19 del 31/12/2010) quale socio di maggioranza.

REGIONE PUGLIA

9. Il TPP prevede, tra le proprie finalità statutarie, "la diffusione delle attività di spettacolo dal vivo in Puglia, la crescita del pubblico, il rinnovamento e l'internazionalizzazione della scena, lo sviluppo della filiera dello spettacolo, delle connesse professionalità artistiche, tecniche ed imprenditoriali che operano nella regione, e dell'attrattività del territorio pugliese attraverso lo spettacolo dal vivo. Il Consorzio favorisce altresì la formazione del pubblico e di figure professionali nell'ambito della cultura e dello spettacolo" tutte coerenti con le attività e le finalità del progetto oggetto della presente convenzione.
10. Il cofinanziamento di MiBACT e Regione per la realizzazione del progetto per l'anno 2016 in Puglia ammonta a complessivi € 166.800,00 di cui 100.000,00 a valere sui fondi della Regione Puglia ed i restanti € 66.800.00, a valere sui fondi del MiBACT.
11. Con deliberazione n. _____ del_____ la Giunta Regionale ha approvato la presente Convenzione di incarico per l'anno 2016 al TPP del coordinamento delle attività;

tutto ciò premesso le parti, come sopra rappresentate, concordano e stipulano quanto segue:

Art.1 ***Premesse***

1. Le premesse, gli atti normativi e amministrativi ivi richiamati costituiscono parte integrante e sostanziale della presente convenzione ed obbligano le parti alla loro osservanza.

Art. 2 ***Oggetto***

Con la presente convenzione la Regione incarica il TPP del coordinamento dell'attuazione del progetto "Residenze" edizione 2016" per l'importo di euro 66.800,00 (sessantaseimilaottocento) quale quota del cofinanziamento del MiBACT e per l'importo di euro 100.000,00 (centomila) quale quota del cofinanziamento del Regione Puglia.

Art.3 ***Obblighi dei sottoscrittori***

1. Il TPP è responsabile, nei limiti previsti dal presente atto, dell'attuazione del progetto oggetto della presente convenzione, conformemente al principio di sana gestione finanziaria, buon andamento dell'azione amministrativa e trasparenza.

In particolare il TPP è tenuto a:

A. inviare entro il termine di 10 giorni (dieci giorni) dalla notifica della convenzione alla Sezione Economia della Cultura della Regione Puglia la stessa convenzione debitam

REGIONE PUGLIA

sottoscritta per accettazione da parte del Legale rappresentante ovvero, su delega di quest'ultimo, dal Responsabile unico del procedimento designato;

B. applicare e assicurare il rispetto delle disposizioni di cui alla Legge Regionale n.28/2006, in materia di contrasto al lavoro non regolare, anche attraverso specifiche disposizioni inserite nei bandi di gara per l'affidamento delle attività a terzi;

C. applicare e assicurare il rispetto, in quanto applicabili, delle disposizioni di cui alla Legge Regionale n.15/2008 e Regolamento regionale n.20/2009 in materia di trasparenza dell'azione amministrativa;

D. presentare la rendicontazione non oltre 60 giorni dalla conclusione delle attività oggetto della presente convenzione;

E. assicurare l'operatività del progetto entro il termine del 31 marzo 2017;

F. porre in essere tutte le azioni opportune e necessarie al fine di garantire la completa realizzazione del progetto nei tempi previsti;

G. fornire alla Regione ogni altra informazione necessaria e utile a definire lo stato di attuazione del progetto;

H. agevolare la Regione ed offrirle piena collaborazione, in ogni stato del procedimento di attuazione, nell'acquisizione di tutte le informazioni e di tutti i dati dell'operazione, permettendo l'applicazione di ogni forma di controllo;

I. restituire eventuali somme non utilizzate e/o spettanti, oltre a risarcire ogni eventuale danno che dovesse prodursi alla Regione.

2. La Regione trasferirà le risorse al TPP secondo le modalità stabilite dal successivo art. 13.

3. La Regione rimane espressamente estranea ad ogni rapporto nascente con terzi in dipendenza dalla progettazione e realizzazione del progetto.

4. La Regione provvede, sulla base della documentazione fornita dal TPP, alla rendicontazione del progetto al Ministero per i Beni e le Attività Culturali.

Art. 4 ***Spese ammissibili***

1. Le spese ammissibili sono relative a:

a) Mobilità e permanenza degli artisti. Ovvero azioni interregionali destinate a sostenere l'attraversabilità dei luoghi di residenza da parte di artisti e formazioni non "titolari"

REGIONE PUGLIA

delle Residenze stesse, per assicurare nuove e più incisive opportunità artistiche, attraverso periodi e processi di lavoro dedicati alla genesi, allo sviluppo e al potenziamento di progetti creativi, al confronto, alla ricerca e alla qualificazione delle professionalità artistiche coinvolte – Intesa 18 dicembre 2014 – articolo 4 comma 2;

b) Valorizzazione delle giovani generazioni e degli artisti emergenti attraverso il sostegno alla circolazione delle opere, alla loro riconoscibilità e ad un più incisivo inserimento nel mercato nazionale ed internazionale. Ovvero azioni interregionali destinate ad assicurare opportunità sostenibili e non episodiche alle produzioni degli artisti coinvolti nei processi di residenza e la loro visibilità nel sistema complessivo dello spettacolo dal vivo. Intesa 18 dicembre 2014 – articolo 4 comma 2;

c) Realizzazione di progetti originali nella relazione con i propri territori per avviare, sviluppare o consolidare la funzione ed il valore dello spettacolo dal vivo presso le comunità di riferimento, anche in sinergia con la presenza e la funzione svolta da altri soggetti della filiera artistica, culturale formativa di ciascun territorio. Intesa 18 dicembre 2014 – articolo 4 comma 2;

2. Per l' annualità 2016, le spese ammissibili per il raggiungimento dell'obiettivo b) non possono superare il 50% dei costi complessivi del progetto per ogni territorio regionale.

3. Le spese non ammissibili rimangono a carico del TPP.

4. Il bilancio preventivo deve riferirsi ad un costo totale delle attività, che sarà coperto dal cofinanziamento congiunto MiBACT/Regione per un massimo del 80 per cento, e fino a complessivi euro 166.800,00. La restante quota a completamento del budget, pari al 20%, dovrà essere garantito con risorse proprie dei titolari delle residenze artistiche pugliesi. L'ammissibilità delle spese è regolata dal Progetto Triennale Interregionale 2015/2017 ai sensi dell'Intesa Stato – Regioni sancita il 18/12/2014 in attuazione dell'articolo 45 del D.M. 1/7/2014.

Art. 5 *Eventuali entrate generate dal progetto*

1. Le eventuali entrate generate dalla realizzazione del progetto devono essere preventivamente dichiarate nel quadro economico contenuto nel Piano Esecutivo e comunque obbligatoriamente certificate in sede di rendicontazione. Le entrate generate dal progetto e non investite nel progetto, anche se non previste in anticipo, diminuiscono il valore della spesa ammissibile

REGIONE PUGLIA

Art. 6 *Rendicontazione*

1. Il TPP è tenuto a rendicontare le spese effettivamente sostenute per la realizzazione dell'intero progetto entro il 31 marzo 2017. Alla rendicontazione deve essere allegata la documentazione fiscale di avvenuta spesa, in copia conforme all'originale sottoscritta dal Legale Rappresentante.

2. La documentazione di avvenuta spesa deve essere rappresentata dalla **ricevuta contabile del bonifico** o altro **documento bancario** di cui sia documentato il sottostante movimento finanziario, con indicazione nella causale degli estremi del documento di spesa cui il pagamento si riferisce. Non saranno considerati validi (e pertanto non saranno considerati utili ai fini della rendicontazione delle spese) pagamenti effettuati in difformità a quanto stabilito dalle Legge n.136/2010.

3. La documentazione di avvenuta spesa deve riferirsi a titolo definitivo alla prestazione liquidata e non saranno considerati validi pagamenti effettuati sulla base di fatture proforma o titoli di spesa non validi ai fini fiscali.

4. La Regione si riserva di richiedere l'esibizione degli originali di spesa.

5. Ogni documentazione di spesa difforme da quanto previsto dal presente articolo non sarà considerata valida ai fini della rendicontazione consuntiva e non potrà essere calcolata né ai fini del totale delle spese ammissibili, né del disavanzo consuntivo.

6. Per il riconoscimento delle spese dovrà inoltre essere rilasciata dal TPP una attestazione ove risulti che:

- sono stati rispettati tutti gli obblighi in materia di concorrenza, di informazione e pubblicità, di tutela dell'ambiente e di pari opportunità;
- sono state adempiute tutte le prescrizioni di legge regionale, nazionale, ivi comprese quelle in materia fiscale, in materia di contrasto al lavoro non regolare e, in quanto applicabile, in materia di trasparenza dell'azione amministrativa;
- la spesa sostenuta è ammissibile, pertinente e congrua, ed è stata effettuata entro il termine fissato per la rendicontazione;

REGIONE PUGLIA

- non sono stati ottenuti né richiesti ulteriori rimborsi, contributi ed integrazioni di altri soggetti, pubblici o privati, nazionali, regionali, provinciali e/o comunitari (ovvero sono stati ottenuti o richiesti quali e in quale misura);
- ciascuna voce di spesa non ha subito variazioni per più del 50% (sia in aumento che in diminuzione) rispetto a ciascun progetto preventivo;
- l'incidenza tra il totale delle spese riferite a ciascun obiettivo non ha subito variazioni per oltre il 20% del totale budget rispetto a ciascun progetto preventivo.

7. Per il riconoscimento della spesa finale e la relativa certificazione, oltre alle dichiarazioni di cui al comma 6, le seguenti ulteriori dichiarazioni:

- attestazione che si tratta della rendicontazione finale del progetto;
- attestazione di regolare esecuzione di tutte le attività del progetto;
- dichiarazione che altre eventuali spese, sostenute nei termini temporali di ammissibilità delle spese del progetto ed ad esso riconducibili, ma non riportate nella rendicontazione finale, non saranno oggetto di ulteriori e successive richieste di finanziamento.

Art. 7 *Monitoraggio*

1. Il T.P.P. si obbliga a fornire alla Regione, su supporto cartaceo, dati, atti e documentazione relativa alle varie fasi di realizzazione del progetto, secondo le richieste della Regione.

2. La trasmissione dei dati relativi al monitoraggio, su supporto cartaceo e, su richiesta della Regione, informatico, costituiscono condizione necessaria per l'erogazione da parte della Regione dell'importo di cui al precedente art.2.

Art. 8 *Disponibilità documenti*

1. Il T.P.P. è tenuto a conservare e rendere disponibile la documentazione relativa al progetto, ivi compresi tutti i giustificativi di spesa, nonché a consentire le verifiche in loco, a favore delle autorità di controllo regionali e nazionali per almeno tre anni successivi alla chiusura del procedimento amministrativo e contabile del progetto.

REGIONE PUGLIA

Art. 9 ***Trasparenza***

1. Il T.P.P. è tenuto ad osservare e rispettare, in quanto applicabili, le disposizioni di cui alla Legge Regionale n. 15 del 20.6.2008 e Regolamento regionale n.20/2009 in materia di trasparenza dell'azione amministrativa ed in particolare le disposizioni di cui all'art.21, in tema di conferimento di incarichi professionali e di consulenza esterna.

Art. 10 ***Controlli e verifiche***

1. La Regione Puglia si riserva il diritto di esercitare, in ogni tempo, con le modalità che riterrà opportune, verifiche e controlli sull'avanzamento fisico e finanziario del progetto.
2. Tali verifiche non sollevano, in ogni caso, il TPP dalla piena ed esclusiva responsabilità della regolare e perfetta esecuzione delle attività oggetto della presente convenzione.
3. La Regione Puglia rimane estranea ad ogni rapporto comunque nascente con terzi in dipendenza della realizzazione delle attività. Le verifiche effettuate riguardano esclusivamente i rapporti che intercorrono con il soggetto beneficiario.
4. Come già indicato all'art.8, il TPP è obbligato a conservare e rendere disponibile la documentazione relativa all'operazione ammessa a finanziamento, ivi compresi tutti i giustificativi di spesa, nonché a consentire le verifiche in loco, a favore delle autorità di controllo regionali e nazionali, per almeno tre anni successivi alla chiusura del progetto.
5. In caso di verifica e/o di controllo, ove si riscontrasse il mancato pieno rispetto delle discipline comunitarie, nazionali e regionali, anche se non penalmente rilevanti, si procederà alla revoca del finanziamento e al recupero delle eventuali somme già erogate.

Art. 11 ***Tracciabilità finanziaria***

1. Le parti assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art.3 della Legge n.136/2010 e s.m.i.
2. Il TPP si impegna a dare immediata comunicazione alla Regione e alla Prefettura-Ufficio territoriale del Governo della provincia di Bari della notizia dell'inadempimento dei propri subappaltatori/subcontraenti agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

REGIONE PUGLIA

Art. 12 *Revoca del finanziamento*

1. La Regione Puglia, previa diffida, si riserva il potere di revocare il finanziamento concesso nel caso in cui il TPP incorra in violazioni o negligenze in ordine alle condizioni della presente convenzione, a leggi, a regolamenti e a disposizioni amministrative vigenti, nonché alle norme di buona amministrazione.

2. Lo stesso potere di revoca la Regione lo eserciterà nel caso in cui, per imperizia o altro comportamento, il TPP comprometta la tempestiva esecuzione o buona riuscita del progetto.

3. La Regione, in presenza di elementi di fatto o di diritto che possono dar luogo alla revoca, ai sensi della Legge n.241/1990 e s.m.i., comunica, nelle forme ufficiali previste dalla normativa vigente, al TPP l'avvio del procedimento, assegnando al TPP il termine di 10 giorni, decorrente dalla data di ricezione della comunicazione, entro il quale il TPP può presentare, mediante consegna o nelle forme ufficiali previste dalla normativa vigente, memorie scritte, in carta semplice, ed ogni altra eventuale documentazione.

4. La Regione, esaminate le risultanze istruttorie, qualora ritenga non fondati i motivi che hanno dato origine al procedimento, adotta il provvedimento di archiviazione; in caso contrario, con provvedimento motivato, dispone la revoca del finanziamento, dandone comunicazione scritta, nelle forme ufficiali previste dalla normativa vigente, al TPP.

5. Con il provvedimento di revoca è disposta, fatta salva la spesa già sostenuta per il progetto, purché riconosciuta ammissibile e coerente rispetto alle previsioni del Progetto esecutivo, la restituzione delle somme già erogate, maggiorate degli interessi maturati al tasso ufficiale di riferimento (TUR) vigente, nonché le modalità di restituzione delle stesse. L'atto di revoca costituisce in capo alla Regione Puglia il diritto ad esigere immediatamente la somma ivi determinata. Decorsi 30 giorni dalla ricezione della comunicazione del provvedimento di revoca, nel caso in cui il TPP non abbia provveduto a restituire quanto dovuto, la Regione procederà all'iscrizione a ruolo delle somme richieste e non restituite tramite gli Uffici preposti.

6. E' facoltà, inoltre, della Regione di utilizzare il potere di revoca previsto dal presente articolo nel caso di gravi ritardi nell'utilizzo del finanziamento concesso, dipendenti da fatti imputabili al TPP.

REGIONE PUGLIA - Cultura - Sezione Economia della

REGIONE PUGLIA

7. In caso di revoca parziale, riferita alla parte di finanziamento relativa a spese dichiarate non ammissibili, le stesse restano a totale carico del TPP.

Art. 13 *Modalità di trasferimento delle risorse*

1. Per la realizzazione del progetto, sulla base della presente convenzione, è trasferito per la realizzazione delle attività al TPP l'importo massimo complessivo di euro 166.800,00 (centosessantaseimilaottocento) di cui euro 66.800,00 (sessantaseimilaottocento) di cofinanziamento MiBAT ed euro 100.000,00 (centomila) di cofinanziamento della Regione Puglia.

2. L'erogazione del finanziamento avverrà con le seguenti modalità:

a) **Anticipazione** di € 133.440,00 pari all'80% dell'importo massimo, a seguito dei seguenti adempimenti da parte del responsabile del procedimento (RUP);
   - presentazione di specifica domanda di pagamento;
   - comunicazione da parte del TPP che i titolari di "Residenze" garantiscono la copertura finanziaria per la quota di almeno il 20% del totale di ciascun progetto;

b) **saldo** finale del residuo, a seguito dei seguenti adempimenti da parte del RUP:
   - presentazione di domanda di pagamento;
   - presentazione dell'attestazione di regolare esecuzione di tutte le attività del progetto;
   - rendicontazione finale, secondo quanto disposto dal precedente art. 6, delle spese ammissibili, sostenute e debitamente documentate, indicate nel Progetto Esecutivo approvato dalla Regione, corredata della relazione sull'attività svolta da parte dei titolari delle Residenze artistiche.

2. In caso di mancato concreto avvio dei lavori o completamento del progetto ammesso a finanziamento per il quale sia stata erogata una quota del finanziamento, la Regione procederà, ai sensi e con le modalità di cui al precedente art. 12, alla revoca del finanziamento e al recupero delle somme già erogate, fatta salva la spesa già sostenuta per il progetto, purché riconosciuta ammissibile e coerente rispetto alle previsioni del Progetto esecutivo.

3. Le eventuali economie di risorse, derivanti da una nuova rideterminazione della spesa complessiva, saranno oggetto di eventuale riprogrammazione da parte della Regione.

REGIONE PUGLIA

4. Eventuali nuove entrate generate dal progetto, non previste dal Progetto Esecutivo, dovranno essere investite nelle attività progettuali.

5. La Regione si riserva il diritto di esercitare, in ogni tempo, con le modalità che riterrà più opportune, verifiche e controlli al fine di accertare la puntuale ed esatta rispondenza di quanto dichiarato dal soggetto beneficiario a giustificazione delle richieste di erogazione delle singole tranches di finanziamento.

6. La Regione, una volta effettuato l'accredito, è esonerata da qualsiasi responsabilità derivante dalla utilizzazione dell'accredito stesso.

Art. 14 ***Durata della convenzione***

1. La presente convenzione scade il novantesimo giorno successivo alla presentazione da parte del TPP della rendicontazione finale prevista dal precedente art.6.

Art. 15 ***Definizione delle controversie***

1. Le eventuali controversie che dovessero insorgere tra il TPP e la Regione dovranno essere sottoposte ad un tentativo di risoluzione amministrativa.

2. A tal fine il TPP, qualora abbia interessi da far valere, notificherà motivata domanda alla Regione, la quale provvederà nel termine di 60 giorni dalla notifica.

3. Il TPP non potrà di conseguenza adire l'Autorità Giudiziaria prima che la Regione abbia emesso la decisione amministrativa o prima che sia decorso inutilmente il termine per provvedervi.

4. Per tutte le controversie giudiziarie che saranno eventualmente adite il Foro competente sarà quello di Bari.

Art. 16 ***Richiamo generale alle norme vigenti e alle disposizioni comunitarie***

1. Per tutto quanto non espressamente previsto, si richiamano le norme di legge vigenti in materia in quanto applicabili.

REGIONE PUGLIA - Cultura - Economia della

REGIONE PUGLIA

Letto, confermato e sottoscritto in Bari, addì _____

Regione Puglia

Il Dirigente della Sezione Economia della Cultura

Dott. Mauro Paolo Bruno

_____

Consorzio Teatro Pubblico Pugliese

Il Presidente

dott. Carmelo Grassi

_____

Il presente allegato è composto di n. 12 fogli.

Il Dirigente della Sezione

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

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 APR/DEL/2016/000

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO			DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. .... - ESERCIZIO 2016	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2016
MISSIONE		5	*TUTELA E VALORIZZAZIONE DEI BENI E DELLE ATTIVITA' CULTURALI*					
	Programma	2	*Attività culturali e interventi diversi nel settore culturale*					
	Titolo	1	Spese correnti	residui presunti	-	-		-
				previsione di competenza	-	66.800,00	-	66.800,00
				previsione di cassa	-	66.800,00	-	66.800,00
Totale Programma		2	*Attività culturali e interventi diversi nel settore culturale*	residui presunti	-	-	-	-
				previsione di competenza	-	66.800,00	-	66.800,00
				previsione di cassa	-	66.800,00	-	66.800,00
TOTALE MISSIONE		5	*TUTELA E VALORIZZAZIONE DEI BENI E DELLE ATTIVITA' CULTURALI*	residui presunti		-		-
				previsione di competenza	-	66.800,00	-	66.800,00
				previsione di cassa	-	66.800,00	-	66.800,00
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA				residui presunti	-	-		-
				previsione di competenza	-	66.800,00		66.800,00
				previsione di cassa	-	66.800,00		66.800,00
TOTALE GENERALE DELLE USCITE				residui presunti	-	-		-
				previsione di competenza	-	66.800,00	-	66.800,00
				previsione di cassa	-	66.800,00	-	66.800,00

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA			DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. .... - ESERCIZIO 2016	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2016
TITOLO		II	Entrate in conto capitale					
Tipologia		101		residui presunti	-	-		-
				previsione di competenza	-	66.800,00	-	66.800,00
				previsione di cassa	-	66.800,00	-	66.800,00
				residui presunti	-	-	-	-
TOTALE TITOLO		II	Entrate in conto capitale	previsione di competenza	-	66.800,00	-	66.800,00
				previsione di cassa	-	66.800,00	-	66.800,00
				residui presunti	-	-	-	-
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA				previsione di competenza	-	66.800,00	-	66.800,00
				previsione di cassa	-	66.800,00	-	66.800,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE				residui presunti	-	-	-	-
				previsione di competenza	-	66.800,00	-	66.800,00
				previsione di cassa	-	66.800,00	-	66.800,00

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

Il presente allegato è composto da n. 1 fogli.

Il Dirigente della Sezione

REGIONE PUGLIA - Sezione Economia della Cultura

1

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 novembre 2016, n. 1933

D.M. n. 70/2015 e Legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza – urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. del Servizio "Organizzazione assistenza ospedaliera e specialistica" e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Visto:

- il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rispettivamente in data 10.7.2014 e 5.08.2014, ha sancito l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014- 2016 e l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato - Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015). Come da indicazioni contenute all'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille ab., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1048 del 19/5/2015 è stato approvato il Regolamento regionale 4 giugno 2015, n. 14 ad oggetto: "Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete Ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato- Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014 - 2016";
- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208, ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016), pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70 ha fornito ulteriori indicazioni in merito alla gestione dei deficit delle Aziende ospedaliere, le Aziende ospedaliere universitarie, gli IRCCS e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura; nonché in merito alla garanzia della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini;
- la deliberazione n. 136 del 23/2/2016, in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010, concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", la Giunta regionale ha recepito e preso atto delle "Linee di indirizzo sull'organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)", elaborate dal Ministero della Salute;
- le deliberazioni di Giunta regionale n. 161 del 29/02/2016 e n. 265 dell'8/3/2016 con cui è stato adottato il Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera, ai sensi del D.M. n. 70/2015 e della Legge di stabilità 2016, da sottoporre alla valutazione dei Ministeri affiancanti nonché alla competente Commissione consiliare permanente per il relativo parere preventivo obbligatorio non vincolante nei modi e nei termini di cui all'art. 44 comma 2 della L.R. 7/2004 come modificato dall'art. 3 della L.R. 44/2014.

Atteso che:

a. nel verbale del 26/07/2016 della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, rispetto alla proposta di riordino della Rete Ospedaliera e della Rete Emergenza - urgenza, acquisite al protocollo ministeriale con prot. LEA 25_16 del 21.06.2016, prot. LEA 27_16 del 21.06.2016 si afferma il seguente parere: "***ESITO: Favorevole****. I provvedimenti emanati sono ritenuti coerenti con gli standard del DM 70/2015 ma andranno integrati, dalla Regione Puglia, secondo le indicazioni sopra riportate. Si chiede alla regione di completare la chiusura dei PPI entro il termine di 18 mesi. Il provvedimento con le integrazioni richieste potrà essere inoltrato, per il completamento dell'iter, al Tavolo adempimenti e al Comitato LEA";*

b. con nota prot. n. DGPROGS 27091 - P del 21/09/2016 il Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha ribadito quanto già espresso nel predetto verbale del 26/07/2016 in merito al parere del Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. n. 70/2015

Preso atto:

a. delle risultanze della III Commissione consiliare nonché degli emendamenti discussi e ritenuti "accoglibili" negli incontri del 19 e 20 settembre 2016;
b. delle richieste pervenute dal Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. n. 70/2015, con particolare riferimento alle discipline eccedenti nella Regione Puglia (Neurochirurgia, Chirurgia Generale, Cardiologia, Pneumologia, etc.);
c. della definizione della riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Puglia, condivisa con il Tavolo ministeriale per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. n. 70/2015;
d. del protocollo operativo elaborato dal Comitato Punti Nascita Regionale, dai Direttori dei tre Centri HUB con TIN e dai Direttori delle centrali operative 118, approvato all'unanimità in data 12/10/2016.

Si propone di:

a. approvare, ad integrazione e modifica delle deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016, il Regolamento di Riordino della rete ospedaliera ad oggetto: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e della Legge di Stabilità 28 dicembre 2015, n. 208. modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", di cui all'Allegato A, composto da n. 41 (quarantuno) pagine, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
b. approvare, revocando la deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014, la nuova Rete Emergenza - Urgenza, comprensiva anche del protocollo operativo per il trasporto Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN), attuativo della deliberazione di Giunta regionale n. 136 del 23/2/2016, di cui all'Allegato B, composto da n. 49 (quarantanove) pagine, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
c. di stabilire che l'attuazione del riordino ospedaliero debba avvenire nei termini previsti dal D.M. n. 70/2015 e comunque entro il 2017;
d. di sottoporre a monitoraggio trimestrale l'attuazione del presente regolamento di riordino ospedaliero anche in termini di volumi ed esiti;
e. di stabilire che l'attuazione del riordino ospedaliero deve trovare obbligatoria compatibilità e limite nelle disposizioni di cui alla L.208/2015, Art.1, C.524 e seguenti.

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

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

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

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

  a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare, ad integrazione e modifica delle deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016 e n.· 265/2016, il Regolamento di Riordino della rete ospedaliera ad oggetto: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e della Legge di Stabilità 28 dicembre 2015, n. 208. modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", di cui all'Allegato A, composto da n. 41 (quarantuno) pagine, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di approvare, revocando la deliberazione di Giunta regionale n. 2251 del 28/10/2014, la nuova Rete Emergenza - Urgenza, comprensiva anche del protocollo operativo per il trasporto Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN), attuativo della deliberazione di Giunta regionale n. 136 del 23/2/2016, di cui all'Allegato B, composto da n. 49 (quarantanove) pagine, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di stabilire che l'attuazione del presente schema di riordino ospedaliero debba avvenire nei termini previsti dal D.M. n. 70/2015 e comunque entro il 31/12/2017;

4. di sottoporre a monitoraggio trimestrale l'attuazione del presente regolamento di riordino ospedaliero anche in termini di volumi ed esiti;

5. di stabilire che l'attuazione del riordino ospedaliero deve trovare obbligatoria compatibilità e limite nelle disposizioni di cui alla L.208/2015, Art.1, C.524 e seguenti;

6. di trasmettere il presente atto per il tramite del Segretariato Generale della Giunta Regionale al Presidente del Consiglio Regionale per l'acquisizione, prima della definitiva approvazione, del parere preventivo obbligatorio non vincolante nei modi e nei termini di cui all'art. 44 comma 2 della L.R. 7/2004 come modificato dall'art. 3 della L.R. 44/2014, richiedendo la procedura di urgenza;

7. di trasmettere il presente atto per il tramite della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" al Tavolo di verifica del Piano Operativo - Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze;

8. di stabilire la pubblicazione sul B.U.R.P.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITÀ

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

ALLEGATO A

Il presente allegato è composto da

n. 41 (quarantuno) fogli

(escluso il presente)

Il Dirigente del Sezione
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

REGOLAMENTO REGIONALE: "RIORDINO OSPEDALIERO DELLA REGIONE PUGLIA AI SENSI DEL D.M. n. 70/2015 E DELLA LEGGE DI STABILITA' 28 DICEMBRE 2015, n. 208.

MODIFICA E INTEGRAZIONE DEL R.R. N. 14/2015"

ALLEGATO A

ART. 1

Finalità

1. La riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Puglia di cui al presente regolamento è redatta in attuazione del Decreto Ministero della Salute del 2 aprile 2015 , n. 70 (DM70/2015 per il seguito) e della legge di Stabilità 2016 28 dicembre 2015, n. 208 nonché del Programma 14.1 del Programma Operativo 2013-2015 della Regione Puglia adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1403 del 4 luglio 2014 *"Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012"*.

2. Il presente regolamento è finalizzato a rimodulare la dotazione di posti letto regionale in linea con le disposizioni di cui all'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni , dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera individuati nell'Allegato 1 del citato DM 70/2015. Tali interventi hanno inoltre l'obiettivo di consolidare gli interventi tesi al miglioramento della qualità ed appropriatezza dell'offerta ospedaliera ed al contenimento della relativa spesa, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio Sanitario Regionale.

3. Con il presente Regolamento, la Regione intende:

   a. procedere, in funzione della suddetta rimodulazione, alla classificazione delle strutture ospedaliere con riferimento agli ospedali pubblici, degli IRCCS pubblici e privati, enti ecclesiastici e delle case di cura private accreditate in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1 del Regolamento ministeriale sugli standard;

   b. stabilire la rimodulazione della dotazione di posti letto così come riportato nelle tabelle allegate 'Tabella A', 'Tabella B', 'Tabella C_bis' e 'Tabella C_ter';

   c. perseguire tendenzialmente gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1 del Regolamento ministeriale, tenendo conto delle specificità

del territorio regionale, documentate sulla base delle evidenze epidemiologiche e di accessibilità, attraverso compensazioni tra discipline, nel rispetto degli standard dalla Legge 135/2012, relativi ai posti letto e al tasso di ospedalizzazione.

4. La rimodulazione della rete ospedaliera relativa al privato accreditato non comporta incremento dei tetti di spesa e sarà oggetto di apposita preintesa, approvata con provvedimento di Giunta Regionale, dopo apposita istruttoria espletata, anche sulla base di quanto previsto al punto 2.5 dell'Allegato 1 del Regolamento ministeriale sugli standard e dagli emanandi decreti ministeriali in tema di ospedali monospecialità e di equiparazione di struttura complessa pubblica con punto di erogazione privato, dal Dipartimento "Promozione della salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti" di concerto con l'Agenzia Regionale Sanità e Sociale.
5. La dotazione massima di posti letto della Regione Puglia, riveniente dall'applicazione delle previsioni di cui al comma 3 dell'articolo 1 del DM 70/2015, per l'anno 2016 (applicando il coefficiente di 0,65 al saldo della mobilità interregionale, è pari a 14.783, di cui 11.986 per acuti e 2.797 per post acuti.
6. La configurazione della presente rete ospedaliera si attesta a complessivi 13.110 posti letto, di cui 11.210 per acuti, 1.492 per riabilitazione e 408 per lungodegenti.
7. La configurazione dell'offerta sanitaria delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia sarà oggetto di verifica in sede di revisione dei relativi Protocolli di Intesa Università-Regione, che dovranno tenere conto dei requisiti di cui al DM 70/2015 nonché della sostenibilità economica delle previsioni.
8. L'allineamento della dotazione dei posti letto si determina progressivamente nel corso del triennio 2016-2018, anche attraverso rimodulazioni annuali da effettuarsi sulla base dei criteri di cui al successivo art. 3 del presente regolamento.

Art. 2

Classificazione delle strutture ospedaliere

1. Coerentemente con la classificazione di cui al Capitolo 2 dell'Allegato 1 del DM70/2015 la rete ospedaliera della Regione Puglia, in prima applicazione entro il 31/12/2017, si articola in:
   a. 5 Ospedali di Secondo Livello
      i. AOU Ospedali Riuniti - Foggia
      ii. AOU Policlinico Consorziale – Bari con il plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXIII
      iii. Ospedale Ss.ma Annunziata - Taranto (ASL Taranto) con il plesso oncologico Ospedale San Giuseppe Moscati di Statte
      iv. Ospedale Antonio Perrino – Brindisi (ASL Brindisi)

v. Ospedale Vito Fazzi – Lecce (ASL Lecce) con il plesso riabilitativo Ospedale Antonio Galateo di San Cesario di Lecce

b. 17 Ospedali di Primo Livello

i. Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza – San Giovanni Rotondo (Ente Ecclesiastico)

ii. Ospedale Teresa Masselli Mascia – San Severo (ASL Foggia)

iii. Ospedale Giuseppe Tatarella – Cerignola (ASL Foggia)

iv. Ospedale Mons. Raffaele Dimiccoli – Barletta (ASL BT)

v. Ospedale Lorenzo Bonomo – Andria (ASL BT)

vi. Ospedale San Paolo – Bari (ASL Bari)

vii. Ospedale Di Venere – Bari (ASL Bari)

viii. Ospedale della Murgia – Altamura (ASL Bari)

ix. Ospedale Umberto I – Corato (ASL Bari)

x. CdC CBH Mater Dei Hospital – Bari

xi. Ospedale Generale Miulli – Acquaviva delle Fonti (Ente Ecclesiastico)

xii. Ospedale Civile – Castellaneta (ASL Taranto)

xiii. Ospedale Valle d'Itria – Martina Franca (ASL Taranto)

xiv. Ospedale Dario Camberlingo – Francavilla Fontana (ASL Brindisi)

xv. Ospedale Sacro Cuore – Gallipoli (ASL Lecce)

xvi. Ospedale Veris Delli Ponti – Scorrano (ASL Lecce)

xvii. Ospedale Card. Giovanni Panico – Tricase (Ente Ecclesiastico)

c. 10 Ospedali di Base

i. Ospedale San Camillo de' Lellis – Manfredonia (ASL Foggia)

ii. Ospedale Vittorio Emanuele II – Bisceglie (ASL BT)

iii. Ospedale don Tonino Bello – Molfetta (ASL Bari)

iv. Ospedale San Giacomo – Monopoli (ASL Bari)

v. Ospedale Santa Maria degli Angeli – Putignano (ASL Bari)

vi. Ospedale Marianna Giannuzzi – Manduria (ASL Taranto)

vii. Ospedale Civile – Ostuni (ASL Brindisi)

viii. Ospedale San Giuseppe – Copertino (ASL Lecce)

ix. Ospedale Santa Caterina Novella – Galatina (ASL Lecce)

x. Ospedale Francesco Ferrari – Casarano (ASL Lecce)

d. 1 Ospedale di Area Particolarmente Disagiata

i. Ospedale Francesco Lastaria – Lucera (conferito all'AOU Ospedali Riuniti di Foggia)

2. La rete suddetta trova integrazione e complemento in:

a. 2 Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico pubblici

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
3
REGIONE PUGLIA

i. IRCCS Giovanni Paolo II – Bari a indirizzo oncologico
ii. IRCCS Saverio de' Bellis – Castellana Grotte a indirizzo gastroenterologico

b. 2 Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico privati accreditati
   i. IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri – Cassano Murge
   ii. IRCCS Eugenio Medea – Brindisi

c. 25 Case di Cura accreditate
   i. CCRR Villa Serena e San Francesco – Foggia
   ii. CdC Santa Maria Bambina – Foggia
   iii. CdC Professor Brodetti – Foggia
   iv. CdC Leonardo De Luca - Castelnuovo Daunia
   v. CdC Leonardo De Luca - Castelnuovo Daunia
   vi. CdC Congregazione Divina Provvidenza – Bisceglie
   vii. CdC Santa Maria – Bari
   viii. CdC Anthea Hospital – Bari
   ix. CdC Monte Imperatore – Noci
   x. CdC Medicol Villa Lucia – Conversano
   xi. CdC Villa Verde – Taranto
   xii. CdC Bernardini – Taranto
   xiii. CdC San Camillo – Taranto
   xiv. Centro Medico Riabilitazione Maugeri – Ginosa
   xv. CdC Villa Bianca - Martina Franca
   xvi. CdC Cittadella della Carità – Taranto
   xvii. CdC D'Amore Hospital – Taranto
   xviii. CdC Santa Rita – Taranto
   xix. CdC Salus – Brindisi
   xx. CdC Città di Lecce Hospital – Lecce
   xxi. CdC Prof. Petrucciani – Lecce
   xxii. CdC Euroitalia – Casarano
   xxiii. CdC San Francesco – Galatina
   xxiv. CdC Villa Verde – Lecce
   xxv. CdC Villa Bianca – Lecce

3. Con realizzazioni, valutazioni e atti successivi la rete ospedaliera subirà ulteriore riassetto a seguito de:
   a. la costituzione in ente ospedaliero autonomo a valenza extraregionale del plesso pediatrico Ospedale Giovanni XXII di Bari, con separazione dall'AOU Policlinico, assorbimento delle discipline pediatriche di alta specialità

insistenti negli ospedali limitrofi e delle altre province e istituzione di nuove ritenute strategiche;

b. la temporanea istituzione di un ospedale di primo livello presso uno tra gli ospedali di Corato, Molfetta e Terlizzi con riconversione degli altri due;

c. la realizzazione successiva del nuovo Ospedale di Andria, quale sesto Ospedale di Secondo Livello, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Lorenzo Bonomo di Andria e del temporaneo ospedale di primo livello di cui alla precedente lettera a);

d. la realizzazione del nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano, quale ospedale di primo livello, che comporterà la riconversione dell'Ospedale San Giacomo di Monopoli e dell'Ospedale Santa Maria degli Angeli di Putignano;

e. la realizzazione del nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto, che subentrerà all'Ospedale Ss.ma Annunziata di Taranto comportandone la riconversione insieme al plesso dell'Ospedale San Giuseppe Moscati di Statte e dell'Ospedale della Valle d'Itria di Martina Franca;

f. la realizzazione del nuovo Ospedale del Sud Salento, quale ospedale di primo livello, che comporterà la riconversione dell'Ospedale Veris Delli Ponti di Scorrano, dell'Ospedale San Giuseppe di Copertino e dell'Ospedale Santa Caterina Novella di Galatina.

4. La programmazione di medio periodo (2017-2025), come schematizzato nell'allegata 'Tabella C_quater', prevede un passaggio:

   a. da uno schema con 5 ospedali di secondo livello, 15 ospedali di primo livello e 12 ospedali di base

   b. a uno schema a tendere con 6 ospedali di secondo livello, 15 ospedali di primo livello e 5 ospedali di base

Art. 3

Applicazione degli standard qualitativi e quantitativi dell'assistenza ospedaliera di cui all'art. 3 RR 14/2015

1. La presente riorganizzazione della rete ospedaliera viene predisposta con l'obiettivo di adeguare l'offerta ospedaliera regionale agli standard fissati con Legge n. 135/2012, relativamente ai posti letto e al tasso di ospedalizzazione, che vengono conseguiti, oltre che con la rimodulazione della dotazione di posti letto per disciplina, anche intervenendo sull'indice di occupazione dei posti letto, che deve attestarsi su valori tendenziali del 90% e sulla durata media di degenza, per ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni, salvo motivate esigenze clinico-assistenziali.

2. La riorganizzazione è stata realizzata attraverso un'analisi dell'attuale articolazione con particolare riferimento alla distribuzione delle unità operative per bacino di utenza, all'indice di occupazione, alle soglie minime di volumi di attività specifici (correlati agli esiti migliori) e soglie per rischi di esito riportate al punto 4.6 dell'Allegato 1 del DM 70/2015, tenendo conto del profilo epidemiologico e delle caratteristiche logistiche dei territori.

3. La riorganizzazione è stata realizzata anche con criteri di sostenibile fattibilità operativa avendo come termine temporale di messa a regime della stessa la data del 31/12/2017. Per tale motivo, in molti casi, non si è potuto prescindere dalla capacità organizzativa, tecnologica e strutturale della situazione di partenza, intendendo il processo di riordino come percorso di qualificazione continua della rete di offerta agli standard presenti e futuri.
4. La non completa compatibilità tra tempi ravvicinati di prima messa a regime della rete (31/12/2017) e aderenza a tutti gli standard di disciplina clinica in rapporto ai bacini di popolazione e alla funzione di emergenza-urgenza comporta nella prima stesura di piano alcuni disallineamenti rispetto al prescritto per limiti tecnologici e strutturali nel breve termine.
5. Per il computo e la distribuzione delle strutture per bacino di cui al Capitolo 3 dell'Allegato 1 del DM70/2015 si è fatto riferimento esclusivamente alle "strutture organizzative complesse" per i posti letto pubblici e ai punti di erogazione comunque dimensionati per i posti letto privati, riservando una eventuale rivisitazione delle stesse a nuova e diversa indicazione da parte ministeriale.
6. Per mantenere e/o ricondurre il numero delle strutture per bacino nei limiti minimi e massimi prescritti dal DM70/2015 e dettagliati per la Puglia nella Tabella 2 e al fine di supportare il legame *hub&spoke* alla base della rete, si dispone l'istituzione e il mantenimento in esercizio di "strutture organizzativamente complesse" soltanto presso gli ospedali di secondo e primo livello, prevedendo negli ospedali di base solo "strutture semplici" in integrazione e complemento con le discipline presenti negli ospedali di rango superiore.
7. Per i motivi di cui ai precedenti punti 4 e 5 del presente articolo e per le soluzioni di cui al precedente punto 6 del presente articolo la rete ospedaliera programmata registra un numero di strutture complesse di ricovero (pubbliche e private assimilate) pari a 543 unità, ben ricomprese all'interno della forbice tra numero minimo (314) e numero massimo (619) di strutture previste per la popolazione regionale (vedi allegata 'Tabella C_ter'). Per le differenze in eccedenza più vistose si dispone:
    a. Cardiologia (6 unità eccedenti rispetto al numero massimo di 27): trasformazione in servizio di cardiologia senza posti letto entro il 31/12/2018 se insistenti in ospedali – pubblici e privati accreditati - non dotati di Unità Coronarica;
    b. Neurochirurgia (6 unità eccedenti rispetto al numero massimo di 7): conversione tramite preintesa con gli erogatori privati accreditati di tutti i punti di erogazione con codice 30 a medio-bassa complessità in altro codice di offerta clinica entro il 31/12/2018;
    c. Nefrologia (5 unità eccedenti rispetto al numero massimo di 7): conversione tramite preintesa con gli erogatori privati accreditati di tutti i punti di erogazione con codice 29 a medio-bassa complessità in altro codice di offerta clinica entro il 31/12/2018;

Dipartimento per la Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

d. Pneumologia (7 unità eccedenti rispetto al numero massimo di 10): conversione tramite preintesa con gli erogatori privati accreditati di tutti i punti di erogazione con codice 68 a medio-bassa complessità in altro codice di offerta clinica entro il 31/12/2018.

8. Gli altri limitati casi di discipline presenti in numero superiore al limite massimo previsto per il bacino di utenza sono ritenuti fisiologici rispetto alla conformazione geografica della Regione, distribuita su un territorio lungo oltre 400 km e largo non oltre 80 km, che richiede l'allestimento di reti pluricentriche rispetto a territori con più omogenea equidistanza tra centro e periferia.

9. I disallineamenti sulla rete di emergenza-urgenza per discipline presenti in esubero negli ospedali di base e per discipline prescritte ma assenti negli ospedali di primo livello troveranno risoluzione nel corso del triennio 2017-2019, stante la limitata disponibilità di stabilimenti logisticamente ricettivi fino alla concorrenza delle discipline di primo livello e l'ampia disponibilità di stabilimenti logisticamente molto capienti rispetto alle sole discipline di base.

10. Fuori dalle discipline cliniche e dai servizi senza posti letto regolamentate dal DM 70/2015, è fatta salva la discrezionalità delle aziende sanitarie di istituire punti di erogazione per discipline non contemplate se il fabbisogno locale o specifiche eccellenze di offerta lo consiglino.

11. Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma Nazionale Esiti di Agenas, ai sensi del comma 25 bis dell'art. 15 della L. 135/2012, opportunamente integrate con indicatori di performance elaborati dall'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari della Regione Puglia (AReS Puglia). La più aggiornata ricognizione dei nove indicatori prescritti dal DM70 è riportata nell'allegata 'Tabella 3'.

12. Entro il 31 dicembre di ciascun anno, in base all'analisi dei dati sanitari pertinenti predisposta con il supporto di AReSS, sarà elaborata una relazione di verifica del rispetto del funzionamento della rete in relazione agli standard quali-quantitativi e di sicurezza dell'assistenza ospedaliera di cui ai punti precedenti. Tale relazione dovrà evidenziare eventuali esigenze di riconfigurazione ovvero condizioni e percorsi di intervento sulle strutture pubbliche e private (Ospedali e Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che non hanno garantito il rispetto dei criteri come sopra identificati, affinché raggiungano gli standard fissati.

13. Eventuali rimodulazioni della rete ospedaliera, nonché eventuali conseguenti rimodulazioni della rete di emergenza-urgenza, ivi compresa la stipula di protocolli interaziendali per le aree di confine, e delle reti territoriali, condotte in applicazione delle disposizioni contenute nel presente Regolamento, saranno effettuate con provvedimenti di Giunta Regionale.

14. Per i seguenti presidi ospedalieri si dispone la riconversione entro il 31/12/2017 in Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) secondo modello e criteri di cui al successivo Art. 8:

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

a. Presidio San Nicola Pellegrino - Trani
b. Presidio Umberto I - Fasano
c. Presidio Ninetto Melli – San Pietro Vernotico
d. Presidio San Camillo de' Lellis – Mesagne

15. Per i seguenti presidi ospedalieri si dispone la riconversione entro il 30/06/2018 in Presidi di Post-Acuzie secondo l'allegata 'Tabella C_bis' e con possibilità di essere complementati con il modello assistenziale del PTA:
    a. Presidio Caduti in Guerra – Canosa di Puglia
    b. Presidio Michele Sarcone – Terlizzi
    c. Presidio Francesca Fallacara – Triggiano
    d. Presidio San Marco - Triggiano

Art. 4

Reti cliniche

1. L'articolo 4 del Regolamento 14/2015 è così sostituito:

"1. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del Regolamento di riordino dell'intera rete ospedaliera con provvedimento di Giunta regionale la Regione anche con il supporto di AReSS Puglia, emana specifiche disposizioni per la definizione, ovvero l'adeguamento ai requisiti contenuti nel citato Regolamento del Ministero della Salute, delle seguenti reti cliniche, che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, recependo le linee guida organizzative e le raccomandazioni contenute negli appositi Accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie, qualora non già definite:

a. Rete delle emergenze cardiologiche (lungo i nodi individuati all'allegata 'Tabella C_bis')
b. Rete ictus (lungo i nodi individuati all'allegata 'Tabella C_bis')
c. Rete traumatologica (lungo i nodi individuati all'allegata 'Tabella C_bis')
d. Rete neonatologica e punti nascita
e. Rete medicine specialistiche, in particolare
    - Rete ematologica
    - Rete dialitica
    - Rete gastroenterologica
    - Rete dermatologica
    - Rete reumatologica
    - Rete malattie neurodegenerative

f. Rete oncologica, con particolare riferimento alle breast unit

g. Rete pediatrica

h. Rete terapia del dolore

i. Rete malattie rare

Art. 5

Rete trasfusionale

1. La rete trasfusionale, sulla base dei criteri definiti dagli Accordi Stato – Regioni del 16/10/2010 (Rep. Atti n. 242/CSR) e del 25 luglio 2012 (Rep atti n. 149/CSR), nonché dai Regolamenti regionali n. 15/2013 e n. 14/2015, è articolata in strutture definite su diverse tipologie a ognuna delle quali corrispondono specifiche funzioni assistenziali:

   a. Articolazioni organizzative: sono punti di prelievo fissi che dipendono sotto il profilo organizzativo, tecnologico e strutturale da un SIMT o da una ST di riferimento; l'attività consiste nella raccolta del sangue intero e degli emocomponenti mediante aferesi (quest'ultima se autorizzata e prevista dalla programmazione dipartimentale) e le giornate di apertura devono essere coerenti con i dati di attività rilevati negli ultimi tre anni. L'attività è limitata all'orario antimeridiano delle giornate feriali, ma possono essere previste aperture nei giorni festivi in base alla programmazione dipartimentale.

   b. Sezioni Trasfusionali (ST): sono strutture dipartimentali presenti in presidi ospedalieri nei quali si rende necessario il decentramento delle prestazioni trasfusionali per la complessità delle unità operative esistenti, per la presenza di attività di emergenza/urgenza e di branche specialistiche di particolare impatto trasfusionale.

   Le ST effettuano le seguenti funzioni:

      i. raccolta di sangue intero ed emocomponenti anche mediante procedure di aferesi multicomponent secondo la programmazione annuale del Dipartimento in cui insistono;

      ii. gestione dei programmi di autotrasfusione;

      iii. distribuzione ed assegnazione del sangue ed emocomponenti;

      iv. attività di consulenza trasfusionale.

   Possono altresì, ove previsto dalla programmazione dipartimentale, esercitare le seguenti attività:

      v. Laboratorio di Immunoematologia;

      vi. Laboratorio emostasi (centri per la sorveglianza delle malattie tromboemboliche)

vii. Aferesi terapeutica

viii. Ambulatorio trasfusionale;

ix. Visite di idoneità e prelievo ai donatori che desiderano iscriversi al Registro dei Donatori di Midollo Osseo (ADMO)

Le Sezioni Trasfusionali devono garantire le succitate attività dalle ore 8 alle 20, con presenza medica e tecnica, e nelle ore notturne e festive con la pronta disponibilità.

Per quanto riguarda la validazione delle unità di sangue ed emocomponenti raccolte e la lavorazione del sangue intero le Sezioni Trasfusionali fanno riferimento al Servizio di Medicina Trasfusionale (SIMT) individuato dalla programmazione regionale.

c. Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT): sono strutture complesse che insistono in tutti i DEA di II livello e nei DEA di I livello individuati dalla programmazione regionale.

Svolgono le seguenti attività:

i. raccolta di sangue intero ed emocomponenti anche mediante procedure di aferesi multicomponent secondo la programmazione annuale del Dipartimento in cui insistono;

ii. gestione dei programmi di autotrasfusione;

iii. distribuzione ed assegnazione del sangue ed emocomponenti;

iv. attività di consulenza trasfusionale;

v. aferesi terapeutica (Plasmaexchange, Plasmatrattamento con filtri colonna, Eritroexchange, LDL aferesi, Fototerapia Extra Corporea)

vi. ambulatorio trasfusioni e infusioni

vii. visite di idoneità e prelievo ai donatori che desiderano iscriversi al Registro dei Donatori di Midollo Osseo (ADMO)

viii. visite di idoneità e selezione di donatrici di sangue del cordone ombelicale

Alcuni centri, individuati dalla programmazione regionale, possono svolgere le seguenti attività:

i. qualificazione biologica del sangue (SIMT degli Ospedali Riuniti di Foggia, San Paolo di Bari e Vito Fazzi di Lecce)

ii. lavorazione emocomponenti

iii. laboratorio di Immunoematologia eritrocitaria, piastrinica e leucocitaria;

iv. laboratorio di emostasi e trombosi

v. laboratorio di citofluorimetria

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

vi. laboratorio tipizzazione HLA

vii. raccolta di cellule staminali emopoietiche periferiche

viii. produzione di emocomponenti per usonon trasfusionale

ix. prevenzione, diagnosi e cura delle malattie del sangue e dell'emostasi (centri per la sorveglianza delle malattie tromboemboliche)

x. Gestione della banca degli emocomponenti congelati (AOU Policlinico di Bari)

xi. Banca del sangue del cordone ombelicale (ove previsto dalla programmazione regionale)

2. I SIMT devono assicurare la copertura delle urgenze ed emergenze trasfusionali su tutto il territorio di competenza 24 ore su 24 mediante l'istituto di guardia Medica e Tecnica attiva.

3. La rete trasfusionale dovrà essere definita con provvedimento di Giunta regionale entro 60 giorni dalla emanazione del Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera pugliese (pubblica e privata accreditata), su proposta della Struttura Regionale di Coordinamento, privilegiando la concentrazione delle attività di lavorazione e produzione del sangue e degli emocomponenti su scala aziendale o, qualora possibile, sovraziendale (Area Vasta).

Art. 6

Programmazione degli investimenti ospedalieri

1. L'art. 12 del RR 14/2015 è così sostituito dal presente.

"1. La razionalizzazione della rete ospedaliera prevede la realizzazione di n. 4 nuovi presidi ospedalieri, in sostituzione dei presidi ospedalieri esistenti e per completare l'offerta ospedaliera nell'area in cui sono disattivati gli altri presidi ospedalieri per effetto del presente Regolamento, nonché per effetto del Reg. R. n. 18/2011 e n. 36/2012, come di seguito indicati:

a. Nuovo Ospedale del Sud-est barese, tra Monopoli e Fasano, con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Monopoli, Fasano e Putignano;

b. Nuovo Ospedale di Andria, con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Andria, Canosa e Corato;

c. Nuovo Ospedale del Sud-salento, tra Maglie e Melpignano con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Scorrano, Galatina e Copertino;

d. Nuovo Ospedale del Nord-Barese, area adriatica, tra Bisceglie e Terlizzi con conseguente disattivazione degli attuali stabilimenti di Bisceglie, Trani, Molfetta, e Terlizzi;

2. Nella città di Taranto è prevista la realizzazione di n. 1 nuovo presidio ospedaliero di II livello, in sostituzione a regime dei seguenti stabilimenti ospedalieri facenti capo al presidio del Santissima Annunziata di Taranto:
   a. San Marco di Grottaglie
   b. Santissima Annunziata-Moscati di Taranto.
3. Alla realizzazione delle strutture ospedaliere individuate nel presente articolo si procede:
   a) con decorrenza immediata per i nuovi Ospedali di Taranto e di Monopoli-Fasano, stante la copertura finanziaria a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2007-2013 di cui all'Accordo di Programma Quadro "Benessere e Salute";
   b) in relazione alla maggiore dotazione finanziaria a valere sui fondi ex art. 20 l.n. 67/1988 ovvero a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020 o altri fondi regionali prioritariamente per gli ospedali di Andria e del Sud Salento."
4. Rifunzionalizzazione ai fini della protezione antincendio e antisismica dei preesistenti ospedali, salvo reperimento dei relativi finanziamenti.

Art. 7

Riconversione dei Punti di Primo Intervento

1. Come definita dal Capitolo 9, paragrafo 9.1.5 dell'Allegato 1 al DM 70 del 2 aprile 2015, "*La funzione dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l'attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero [...].*
2. In adempimento al suddetto Capitolo 9, paragrafo 9.1.5 dell'Allegato 1 al DM 70 del 2 aprile 2015 e come richiamato dal citato verbale del 26/07/2016 della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, si dispone la riconversione dei Punti di Primo Intervento - preesistenti e di nuova costituzione – in postazione medicalizzata 118 entro il 31/12/2017 secondo il cronoprogramma di cui alla Tabella D_bis e in progressiva integrazione organizzativa con le postazioni programmate di tipo Mike, India e Automedica.

Art.8

Rete dei Presidi Territoriali di Assistenza

1. Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore.
2. I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione, per effetto del R.R. n.14/2015, nonchè dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012 di riordino della rete ospedaliera, nonché per effetto del presente regolamento, e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le cure primarie, realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.
3. I PTA rappresentano il punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire tre macro obiettivi prioritari:
   a. la massima efficienza erogativa (h24);
   b. la migliore efficacia, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
   c. la maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
   d. la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.
4. Il PTA si realizza sia attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, di norma presso il Comune sede del distretto socio-sanitario ed in numero di almeno uno per distretto socio-sanitario. Sono possibili aggregazioni parziali degli stessi all'interno dell'ambito distrettuale qualora, per complessità dei contesti territoriali e dei fabbisogni rilevati, tale flessibilità sia necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza.
5. All'interno del PTA potranno pertanto essere svolte le seguenti funzioni, in ragione dello specifico contesto di offerta di servizi e di fabbisogno:
   a. Orientamento Assistenziale e Accesso Unico alle Cure con:
      - Centro Unico Prenotazioni
      - Accesso Unico Facilitato al Sistema (PUA e analoghi)
      - Presa in carico e gestione delle dimissioni protette
      - Raccordo con UVM distrettuale
   b. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale
   c. Associazionismo complesso della Medicina e Pediatria di Famiglia e continuità assistenziale con:
      - Ambulatorio delle Cronicità
      - Cure domiciliari Integrate (CDI)
      - Assistenza Farmaceutica Territoriale
      - Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008)

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

- Day service (medico e chirurgico)
- Diagnostica Strumentale di Base e BioImaging
- Centro Prelievi
- Centro Dialisi Territoriale

d. Assistenza Consultoriale e Materno Infantile con:
- Consultorio Familiare
- Centro Procreazione Medicalmente Assistita
- Promozione della Salute e Prevenzione
- Servizio Vaccinale
- Servizi di Medicina Legale e Fiscale
- Sportelli Sicurezza Alimentare e Sanità Animale
- Servizi Medicina del Lavoro

e. Degenza Territoriale con:
- Ospedale di Comunità
- Hospice
- Centro Risvegli
- Residenzialità Socio-sanitaria (RSA, RSSA, Centri Diurni)

f. Salute Mentale con:
- Centro Salute Mentale
- Centro Diurno Psichiatrico
- Centro Territoriale Autismo ed eventuali moduli riabilitativi
- Centro Residenziale/Semiresidenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare

g. Dipendenze Patologiche con:
- Ser.D.
- Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)

h. Riabilitazione con:
- Centro Riabilitazione Ambulatoriale
- Trattamenti Domiciliari

i. Emergenza Urgenza con:
- Punto di Primo Intervento Territoriale (per il tempo residuo di vigenza)
- Postazione 118

j. Servizi Amministrativi con:
- Scelta e revoca del medico di famiglia
- Esenzioni ticket
- Rimborsi
- Ausili, Presidi e Protesi
- Assistenza Integrativa Farmaceutica

6. La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

7. Al fine di rendere uniforme su tutto il territorio regionale il funzionamento dei PTA e le modalità di accesso e di fruizione dei vari servizi presenti al suo interno da parte dell'utenza, è opportuno che l'AReSS proceda ad effettuare gli studi e le sperimentazioni atte a definire un protocollo operativo da validarsi a livello regionale.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e Dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

8. Il progetto di offerta assistenziale che la rispettiva ASL si impegna a rendere disponibile in uno specifico PTA deve essere il risultato della massima coprogettazione con amministrazioni locali, parti sociali e società civile interessate dall'opera e deve essere adottato con provvedimento amministrativo della ASL conduttrice.
9. Per tutte le strutture da riconvertire a PTA in quanto ospedaliere o da rifunzionalizzare in quanto già territoriali i fondi necessari per la riqualificazione strutturale e per la dotazione tecnologica provengono dal finanziamento comunitario FESR 2014-2020, quale suo impiego prioritario.

Art. 9

Abrogazione articoli del Regolamento regionale n. 14/2015.

1. Con il presente Regolamento regionale sono abrogati l'art. 2.4 ; 2.10; 2.17, 2.18, 2.20 , l'art. 6 , del Regolamento regionale n. 14/2015.

000000REGIONE PUGLIA 000000PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO 0000001TABELLA A

Posti letto Acuti		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	10.394	11.250
	Per 1.000 ab.	2,52	2,73
Day Hospital	Numero	711	
	Per 1.000 ab.	0,17	
Day surgery	Numero	164	
	Per 1.000 ab.	0,04	

Posti letto Riabilitazione		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	1.207	1.492
	Per 1.000 ab.	0,29	0,36
Day Hospital	Numero	23	
	Per 1.000 ab.	0,01	

Posti letto Lungodegenz	Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Numero	205	408
Per 1.000 ab.	0,05	0,10

Tabella B: Posti letto di residenzialità territoriali – criteri di equivalenza ai Posti letto ospedalieri		
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri	**2016**	**Note**
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	**1.326**	Il seguente rapporto tra PL autocertificati dalla Regione e PL territoriali residenziali in NSIS (A1+A2) / [(PL totali modello STS 24 Quadro G) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)] deve risultare compreso nell'intervallo (0,98 e 1,02)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN <tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A2)	**1.212**	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (B)	**166**	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 "Assistenza malati terminali")
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie per la salute mentale (C)	**860**	Deve risultare < = (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1 "Assistenza psichiatrica")
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione (D)	**300**	Deve risultare <= [(PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 3 "Assistenza ai disabili psichici") + (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 4 "Assistenza ai disabili fisici") + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)]
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (E).	-	
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L ospedalieri [A1 - B - C - D - E]	-	
Per 1.000 ab.		

Ospedali di Comunità	
Denominazione	**N. Posti letto**
Torremaggiore	18
San Marco in Lamis	15
Montesantangelo	15
Vico del Gargano	20
Sannicandro Garganico	20
Troia Accadia	18
Vieste	15
Minervino Murge	15
Spinazzola	15
Rutigliano	15
Altamura	15
Bitonto	15
Ruvo di Puglia	15
Noci	15
Grumo Appula	15
Mesagne	15
Ceglie Messapica	24
Cisternino	15
Campi Salentina	20
Nardò	15
Poggiardo	15
Maglie	15
Gagliano del Capo	15
TOTALE	375

REGIONE PUGLIA — PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO — TABELLA C_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		FOGGIA													
		160010	160163[01]	160047	160164	160163[02]		160005	160181	160125	160102	160105	160106		
COD	DENOMINAZIONE	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Ospedale Teresa Masselli Mascia - San Severo	Ospedale Giuseppe Tatarella - Cerignola	Ospedale San Camillo de' Lellis - Manfredonia	Ospedale Francesco Lastaria - Lucera	OFFERTA RETE PUBBLICA	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - San Giovanni	CCRR Villa Serena e San Francesco - Foggia	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	CdC Professor Brodetti - Foggia	CdC Leonardo Da Luca - Castelnuovo Daunia	CdC San Michele - Manfredonia	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA	12					12	10						10	22
08	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA														
08	CARDIOLOGIA	36	12	10	8		66	20	12	10		18		60	126
09	CHIRURGIA GENERALE	72	24	20	18	6	140	70	15		24			109	249
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE							10						10	10
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	6					6	6						6	12
12	CHIRURGIA PLASTICA	10					10								10
13	CHIRURGIA TORACICA	12					12	10						10	22
14	CHIRURGIA VASCOLARE	10					10	20						20	30
02	DAY HOSPITAL														
88	DAY SURGERY														
52	DERMATOLOGIA	4					4	10						10	14
18	EMATOLOGIA	12					12	36						36	48
56	GASTROENTEROLOGIA	30			10		40	40						40	80
21	GERIATRIA	24					24	38					31	69	93
47	GRANDI USTIONATI	3					3								3
60	LUNGODEGENTI		20	12	14	20	66								66
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	10					10	18						18	28
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24					24								24
28	MEDICINA GENERALE	80	24	24	24	20	172	80	25		16	20		141	313
29	NEFROLOGIA	20	12				32	18						18	50
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA														
62	NEONATOLOGIA	24	6	4			34	16						16	50
30	NEUROCHIRURGIA	20					20	30						30	50
32	NEUROLOGIA	40					40	34		10	10			54	94
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	12					12								12
75	NEURORIABILITAZIONE							10						10	10
34	OCULISTICA	8		4			12	14						14	26
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	4					4	2						2	6
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA							20						20	20
64	ONCOLOGIA	10	4				14	50						50	64
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	32	20	16	16		84	50	30					80	164
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	70	24	16			110	72						72	182
38	OTORINOLARINGOIATRIA	16		10			26	22						22	48
39	PEDIATRIA	20	10	20			50	26						26	76
68	PNEUMOLOGIA	40	12				52			10				10	62
40	PSICHIATRIA	15	15		15		45								45
58	RECUPERO E RIABILITAZIONE	42	8	14	28		92	40	15	50		13		118	210
71	REUMATOLOGIA	12					12								12
49	TERAPIA INTENSIVA	28	8	8			44	30						30	74
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	12					12	8						8	20
50	UNITA' CORONARICA	8	6	4			18	8						8	26
26	UNITA' SPINALE	5					5								5
43	UROLOGIA	30		12			42	38			10			48	90
78	UROLOGIA PEDIATRICA														
	TOTALE	813	205	174	133	46	1.371	856	97	80	60	51	31	1.175	2.546
	di cui POSTI LETTO ACUTI	766	177	148	91	26	1.208	806	82	30	60	38	31	1.047	3,56
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE	47	8	14	28		97	50	15	50		13		128	0,35
	di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA		20	12	14	20	66								0,10
														PL/1000 ab	4,02

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	X			X		2	X						1	3
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X					1	X						1	2
ANESTESIA				X	X	2		X		X			2	4
ANGIOLOGIA							X						1	1
DAY HOSPITAL				X		1								1
DAY SURGERY					X	1								1
DIETETICA/DIETOLOGIA							X						1	1
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	5	X	X	X	X	X	X	6	11
EMODIALISI		X		X	X	3	X						1	4
EMODINAMICA		X				1	X						1	2
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X	X		4	X						1	5
FISICA SANITARIA	X					1	X						1	2
GENETICA MEDICA	X					1	X						1	2
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI														
LABORATORIO D'ANALISI	X	X	X	X	X	5	X	X	X	X	X	X	6	11
MEDICINA DEL LAVORO	X					1								1
MEDICINA LEGALE	X	X				2	X						1	3
MEDICINA NUCLEARE	X					1	X						1	2
MEDICINA SPORTIVA	X	X			X	3								3
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA							X						1	1
NEURORADIOLOGIA		X				1	X						1	2
ONCOLOGIA		X	X		X	3								3
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X	5	X	X	X	X	X	X	6	11
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X					1	X						1	2
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X	X	X	X	5	X						1	6
TERAPIA DEL DOLORE			X	X		2	X						1	3
TOSSICOLOGIA	X		X			2	X						1	3

CLASSIFICAZIONE DI RETE

CLASSIFICAZIONE OSPEDALIERA DM70/2015	Ospedale di 2° Livello	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di Base	Ospedale di Area Particolarmente Disagiata
CLASSIFICAZIONE RETE EMERGENZA URGENZA	DEA di 2° Livello	DEA di 1° Livello	DEA di 1° Livello	Pronto Soccorso	Punto di Primo Intervento
CLASSIFICAZIONE RETE CARDIOLOGICA	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24	
CLASSIFICAZIONE RETE ICTUS	Stroke Unit di 2° Livello				
CLASSIFICAZIONE RETE TRAUMATOLOGICA	Centro Traumi di Alta Specializzazione	Centro Traumi di Zona	Centro Traumi di Zona	Pronto Soccorso Traumatologico	

Ospedale di 1° Livello					
DEA di 1° Livello					
Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24		Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24	
Stroke Unit di 1° Livello					
Centro Traumi di Zona					

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti — Sezione Strategie e Governo dell'Offerta — REGIONE PUGLIA

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		BAT							
		160177	160174[01]	160178	160174[01]		160180		
COD	DENOMINAZIONE	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Barletta	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisceglie	Plesso Caduti in Guerra - Canosa di Puglia	OFFERTA RETE PUBBLICA	CdC Congregazione Divina Provvidenza -	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA								
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA								
08	CARDIOLOGIA	12	16	12		40	10	10	50
09	CHIRURGIA GENERALE	24	26	16		66			66
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE								
11	CHIRURGIA PEDIATRICA								
12	CHIRURGIA PLASTICA								
13	CHIRURGIA TORACICA								
14	CHIRURGIA VASCOLARE								
02	DAY HOSPITAL								
98	DAY SURGERY								
52	DERMATOLOGIA								
18	EMATOLOGIA	10				10			10
56	GASTROENTEROLOGIA	15				15			15
21	GERIATRIA			10		10			10
47	GRANDI USTIONATI								
60	LUNGODEGENTI			10	20	30			30
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO			8		8			8
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI			20		20			20
26	MEDICINA GENERALE	24	26	24		74			74
29	NEFROLOGIA	20				20			20
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA								
62	NEONATOLOGIA	6	6			12			12
30	NEUROCHIRURGIA		20			20			20
32	NEUROLOGIA	15	16			32	10	10	42
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4				4			4
75	NEURORIABILITAZIONE								
34	OCULISTICA	5				5			5
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA								
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA								
64	ONCOLOGIA	15				15			15
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	24	16		64			64
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	32	32	24		88			88
38	OTORINOLARINGOIATRIA	16				16			16
39	PEDIATRIA	16	16	12		44			44
68	PNEUMOLOGIA	12				12	10	10	22
40	PSICHIATRIA			20		20			20
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE				40	40	70	70	110
71	REUMATOLOGIA								
49	TERAPIA INTENSIVA	6	8	6		20			20
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE								
50	UNITA' CORONARICA	4	8			12			12
28	UNITA' SPINALE								
43	UROLOGIA		20	-		20			20
78	UROLOGIA PEDIATRICA								
	TOTALE	261	218	178	60	717	100	100	817
	di cui POSTI LETTO ACUTI	261	218	168		647	30	30	1,72
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE				40	40	70	70	0,28
	di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA			10	20	30			0,08
								PL/1000 ab	2,07

*verifiche logistiche successive doteranno il territorio di almeno 20 pl di neuroriabilitazione.

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA								
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA		X			1			1
ANESTESIA								
ANGIOLOGIA								
DAY HOSPITAL								
DAY SURGERY								
DIETETICA/DIETOLOGIA								
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X		X	X	3	X	1	4
EMODIALISI	X	X			2			2
EMODINAMICA		X			1			1
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X		3			3
FISICA SANITARIA	X				1			1
GENETICA MEDICA								
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	X	X			2			2
LABORATORIO D'ANALISI	X	X	X		3	X	1	4
MEDICINA DEL LAVORO								
MEDICINA LEGALE								
MEDICINA NUCLEARE	X				1			1
MEDICINA SPORTIVA								
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA								
NEURORADIOLOGIA								
ONCOLOGIA								
RADIOLOGIA	X	X	X		3	X	1	4
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X				1			1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X			2			2
TERAPIA DEL DOLORE								
TOSSICOLOGIA								

CLASSIFICAZIONE DI RETE

CLASSIFICAZIONE OSPEDALIERA DM70/2015	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di Base	Plesso di Post-Acuzie	
CLASSIFICAZIONE RETE EMERGENZA URGENZA	DEA di 1° Livello	DEA di 1° Livello	Pronto Soccorso		
CLASSIFICAZIONE RETE CARDIOLOGICA	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24	Cardiologia con UTIC ed Emodinamico H24	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24	Cardiologia Riabilitativa	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24
CLASSIFICAZIONE RETE ICTUS	Stroke Unit di 1° Livello				
CLASSIFICAZIONE RETE TRAUMATOLOGICA	Centro Traumi di Zona	Centro Traumi di Zona	Pronto Soccorso Traumatologico		

REGIONE PUGLIA — PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO — TABELLA C_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		BARI													
		160907[01]	160159	160158	160157	160159	160907[02]	160160	160901	160902					
COD	DENOMINAZIONE	AQU Consorziale Policlinico Bari	Ospedale Di Venere - Carbonara di Bari	Ospedale San Paolo - Bari	Ospedale della Murgia - Altamura	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Bari	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Putignano	IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Ospedale Umberto I - Corato	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Plesso Michele Sarcone - Terlizzi	Plesso Francesco Felicarà - Triggiano	OFFERTA RETE PUBBLICA
07	CARDIOCHIRURGIA	29													29
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA						8								8
08	CARDIOLOGIA	40	12	20	12	12	10	8			8				122
09	CHIRURGIA GENERALE	125	24	24	24	18		18	42	48	24	16			363
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	10													10
11	CHIRURGIA PEDIATRICA						32								32
12	CHIRURGIA PLASTICA	12		10					6						28
13	CHIRURGIA TORACICA	24							16						40
14	CHIRURGIA VASCOLARE	16	16												32
02	DAY HOSPITAL														
98	DAY SURGERY									2					2
52	DERMATOLOGIA	10													10
18	EMATOLOGIA	30							14						44
58	GASTROENTEROLOGIA	30		10						40					80
21	GERIATRIA							15							15
47	GRANDI USTIONATI	12													12
60	LUNGODEGENTI				12			20					20	20	72
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	20					12			10					42
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	32	12				24								68
26	MEDICINA GENERALE	120	32	30	24	32		24		10	18	36			326
29	NEFROLOGIA	24	10		10										44
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA						12								12
62	NEONATOLOGIA	24	10	10	8	6					4				62
30	NEUROCHIRURGIA	32													32
32	NEUROLOGIA	70	20		15	10	12								127
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	20													20
75	NEURORIABILITAZIONE	10													10
34	OCULISTICA	20	10		4			4							38
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA														
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	20													20
64	ONCOLOGIA	20			4				44	6					74
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	48	24	24	24	18	12	18			18	18			204
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	80	30	32	24	24			14		20				224
38	OTORINOLARINGOIATRIA	20	12		10	10			8						60
39	PEDIATRIA	8		16	12	12	32				8				88
68	PNEUMOLOGIA	48	15	20				10							93
40	PSICHIATRIA	29	15		15			15							74
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	28		4	8								40	40	120
71	REUMATOLOGIA	20													20
49	TERAPIA INTENSIVA	32	8	8	8	8	8		4	8	8				92
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	12	8												20
50	UNITA' CORONARICA	16	8	8	4										36
28	UNITA' SPINALE	12													12
43	UROLOGIA	45	10	10	10	10			8						93
78	UROLOGIA PEDIATRICA						10								10
	TOTALE	1.148	276	226	228	160	172	132	156	124	108	70	60	60	2.920
	di cui POSTI LETTO ACUTI	1.098	276	222	208	160	172	112	156	124	108	70			2.706
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE	50		4	8								40	40	142
	di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA				12			20					20	20	72

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	X													1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X							X	X					3
ANESTESIA							X	X	X	X	X			5
ANGIOLOGIA			X											1
DAY HOSPITAL														
DAY SURGERY														
DIETETICA/DIETOLOGIA														
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
EMODIALISI	X					X								2
EMODINAMICA	X		X											2
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			11
FISICA SANITARIA	X	X						X						3
GENETICA MEDICA	X	X							X					3
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	X													1
LABORATORIO D'ANALISI	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X			10
MEDICINA DEL LAVORO	X													1
MEDICINA LEGALE	X													1
MEDICINA NUCLEARE	X	X												2
MEDICINA SPORTIVA	X													1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	X								X					2
NEURORADIOLOGIA	X	X												2
ONCOLOGIA			X		X									2
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			11
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X							X						2
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X	X	X	X		X			X	X			8
TERAPIA DEL DOLORE	X													1
TOSSICOLOGIA														

CLASSIFICAZIONE DI RETE

CLASSIFICAZIONE OSPEDALIERA DM70/2015	Ospedale di 2° Livello	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di Base	Plesso Pediatrico di Ospedale di 2° Livello	Ospedale di Base	IRCCS pubblico	IRCCS pubblico	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di Base	Plesso di Post-Acuzie	Plesso di Post-Acuzie
CLASSIFICAZIONE RETE EMERGENZA URGENZA	DEA di 2° Livello	DEA di 1° Livello	DEA di 1° Livello	DEA di 1° Livello	Pronto Soccorso	Pronto Soccorso Pediatrico	Pronto Soccorso			DEA di 1° Livello	Pronto Soccorso		
CLASSIFICAZIONE RETE CARDIOLOGICA	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24					Cardiologia Riabilitativa	Cardiologia Riabilitativa
CLASSIFICAZIONE RETE ICTUS	Stroke Unit di 2° Livello	Stroke Unit di 1° Livello		Stroke Unit di 1° Livello									
CLASSIFICAZIONE RETE TRAUMATOLOGICA	Centro Traumi di Alta Specializzazione	Centro Traumi di Zona	Centro Traumi di Zona	Centro Traumi di Zona	Pronto Soccorso Traumatologico		Pronto Soccorso Traumatologico			Centro Traumi di Zona	Pronto Soccorso Traumatologico		

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO TABELLA C_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		160078	160147	160006	160087	160140	160100	160098		
COD	DENOMINAZIONE	Ospedale Generale Murtti - Acquaviva delle Fonti	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Fondazione Salvatore Maugeri - Cassano Murge	CdC Santa Maria - Bari	CdC Anthea Hospital - Bari	CdC Monte Imperatore - Noci	CdC Medical Villa Lucia - Conversano	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA		34			30			64	93
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA									8
08	CARDIOLOGIA	30	40		22	14		11	117	231
09	CHIRURGIA GENERALE	56	50		12	7		18	143	500
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	14	5						19	29
11	CHIRURGIA PEDIATRICA									32
12	CHIRURGIA PLASTICA		5						5	33
13	CHIRURGIA TORACICA		8						8	48
14	CHIRURGIA VASCOLARE	18	10		13				41	73
02	DAY HOSPITAL									
98	DAY SURGERY									2
52	DERMATOLOGIA	12							12	22
18	EMATOLOGIA	10							10	54
58	GASTROENTEROLOGIA	16	10						26	106
21	GERIATRIA	40					22		62	77
47	GRANDI USTIONATI									12
60	LUNGODEGENTI						28		28	100
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	15							15	67
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI									68
26	MEDICINA GENERALE	26	71						97	437
29	NEFROLOGIA	18	10						28	72
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA									12
62	NEONATOLOGIA	20	6						26	84
30	NEUROCHIRURGIA	12	8			8			28	60
32	NEUROLOGIA	26	10						36	163
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE									20
75	NEURORIABILITAZIONE			20					20	30
34	OCULISTICA	10	5					2	17	55
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	6							6	6
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA									20
64	ONCOLOGIA	12	4						16	90
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	57	32		18	16		30	153	357
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	42	30		38				110	314
38	OTORINOLARINGOIATRIA	13	4						17	77
39	PEDIATRIA	10							10	90
68	PNEUMOLOGIA	12		8					20	113
40	PSICHIATRIA									74
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	22	75	188	20	10	39		354	474
71	REUMATOLOGIA									20
49	TERAPIA INTENSIVA	14	10		10	8			42	126
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8							8	28
50	UNITA' CORONARICA	8	8		4	6		4	30	66
28	UNITA' SPINALE			14					14	26
43	UROLOGIA	35	8		8			8	59	152
78	UROLOGIA PEDIATRICA									10
	TOTALE	562	443	230	145	99	89	73	1.641	4.521
	di cui POSTI LETTO ACUTI	540	368	8	125	89	22	73	1.225	3,07
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE	22	75	222	20	10	39		388	0,42
	di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA						28		28	0,08
									PL/1000 ab	3,67

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA									1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X							1	4
ANESTESIA							X	1	6
ANGIOLOGIA									1
DAY HOSPITAL									5
DAY SURGERY				X				1	1
DIETETICA/DIETOLOGIA									
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	X	7	20
EMODIALISI	X	X						2	4
EMODINAMICA	X	X		X	X		X	5	7
FARMACIA OSPEDALIERA	X		X					2	13
FISICA SANITARIA	X							1	4
GENETICA MEDICA	X							1	4
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI									1
LABORATORIO D'ANALISI	X	X	X	X	X	X	X	7	17
MEDICINA DEL LAVORO									1
MEDICINA LEGALE									21
MEDICINA NUCLEARE	X		X					2	4
MEDICINA SPORTIVA									1
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	X							1	3
NEURORADIOLOGIA									2
ONCOLOGIA									2
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X	X	X	7	18
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X	X						2	4
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X							1	9
TERAPIA DEL DOLORE									1
TOSSICOLOGIA									

CLASSIFICAZIONE DI RETE

CLASSIFICAZIONE OSPEDALIERA DM70/2015	Ospedale di 1° Livello						
CLASSIFICAZIONE RETE EMERGENZA URGENZA	DEA di 1° Livello						
CLASSIFICAZIONE RETE CARDIOLOGICA	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia Riabilitativa	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24		Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24
CLASSIFICAZIONE RETE ICTUS	Stroke Unit di 1° Livello						
CLASSIFICAZIONE RETE TRAUMATOLOGICA	Centro Traumi di Zona						

REGIONE PUGLIA — PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO — TABELLA C_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		TARANTO																
COD	DENOMINAZIONE	160172[01] Ospedale Santissima Annunziata - Taranto	160168 Ospedale Civile - Castellaneta	160075 Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca	160172[02] Ospedale San Giuseppe Moscati - Statte	160074 Ospedale Marianna Giannuzzi - Manduria	Presso San Marco - Grottaglie	OFFERTA RETE PUBBLICA	160118 CdC Villa Verde - Taranto	160111 CdC Bernardini - Taranto	160114 CdC San Camillo - Taranto	160149 Centro Medico Riabilitativo de Maugeri - Ginosa	160141 CdC Villa Bianca - Martina Franca	160149 CdC Cittadella della Carità - Taranto	160112 CdC D'Amore Hospital - Taranto	160113 CdC Santa Rita - Taranto	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA								13								13	13
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA																	
08	CARDIOLOGIA	12	12	12		8		44	24					10			34	78
09	CHIRURGIA GENERALE	28	24	18	10	18		98		15	20				23		58	156
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE																	
11	CHIRURGIA PEDIATRICA																	
12	CHIRURGIA PLASTICA				6			6										6
13	CHIRURGIA TORACICA				5			5										5
14	CHIRURGIA VASCOLARE	20						20										20
02	DAY HOSPITAL																	
98	DAY SURGERY																	
52	DERMATOLOGIA																	
18	EMATOLOGIA	6			20			26										26
58	GASTROENTEROLOGIA	10						10			5						5	15
21	GERIATRIA	15						15	28							14	42	57
47	GRANDI USTIONATI																	
60	LUNGODEGENTI		10	8		8	32	58										58
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO				2			2										2
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI				10			10										10
26	MEDICINA GENERALE	50	32	32		32		146	20	22	15			30		16	103	249
29	NEFROLOGIA	20		8				28										28
27	NEFROLOGIA PEDIATRICA																	
62	NEONATOLOGIA	16						16										16
30	NEUROCHIRURGIA	20						20		12							12	32
32	NEUROLOGIA	24	12					36										36
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE																	
75	NEURORIABILITAZIONE																	
34	OCULISTICA	6						6		5							5	11
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA																	
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	5						5										5
64	ONCOLOGIA		10		20	5		35	3								3	38
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	24	18		18		96		30	28				17		75	171
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	54	32	24	6	24		140										140
38	OTORINOLARINGOIATRIA		6		5			11										11
39	PEDIATRIA	20		10				30										30
66	PNEUMOLOGIA				20	10		30	12		15	10					37	67
40	PSICHIATRIA		30					30										30
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE		8	8			40	56	50			57	64	20			191	247
71	REUMATOLOGIA	6						6										6
49	TERAPIA INTENSIVA	16	8	6	4	6		40	6								6	46
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	10						10										10
50	UNITA' CORONARICA	14	4					18	8								8	26
29	UNITA' SPINALE																	
43	UROLOGIA	12		12	4			28		8	10						18	46
78	UROLOGIA PEDIATRICA																	
	TOTALE	400	212	158	112	129	72	1,081	164	92	93	67	64	60	40	30	610	1,691
	di cui POSTI LETTO ACUTI	400	194	140	112	121		967	114	92	93	10		40	40	30	419	2,36
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE		8	8			40	56	50			57	64	20			191	0,42
	di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA		10	8		8	32	58										0,10
																	PL/1000 ab	2,87

*Oncoematologia pediatrica funzionerà in spoke con ADU Policlinico di Bari, mentre le discipline chirurgiche del Moscati funzioneranno in spoke con IRCCS Giovanni Paolo II di Bari.

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	X						1										1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X						1										1
ANESTESIA									X	X				X		3	3
ANGIOLOGIA																	
DAY HOSPITAL																	
DAY SURGERY																	
DIETETICA/DIETOLOGIA																	
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	6	X	X	X	X	X	X	X	X	8	14
EMODIALISI		X					1										1
EMODINAMICA								X								1	1
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X		X		4										4
FISICA SANITARIA	X						1										1
GENETICA MEDICA	X						1										1
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI																	
LABORATORIO D'ANALISI	X	X	X		X		4	X	X	X	X	X	X	X	X	8	12
MEDICINA DEL LAVORO																	
MEDICINA LEGALE	X						1										1
MEDICINA NUCLEARE	X						1										1
MEDICINA SPORTIVA																	
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA																	
NEURORADIOLOGIA	X						1										1
ONCOLOGIA			X				1										1
RADIOLOGIA	X	X	X		X		4	X	X	X	X	X	X	X	X	8	12
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X						1										1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X	X				3										3
TERAPIA DEL DOLORE	X						1										1
TOSSICOLOGIA																	

CLASSIFICAZIONE DI RETE

CLASSIFICAZIONE OSPEDALIERA DM70/2015	Ospedale di 2° Livello	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di 1° Livello	Presso Oncologico o di Ospedale di 2° Livello	Ospedale di Base	Presso di Post-Acutie									
CLASSIFICAZIONE RETE EMERGENZA URGENZA	DEA di 2° Livello	DEA di 1° Livello	Pronto Soccorso		Pronto Soccorso										
CLASSIFICAZIONE RETE CARDIOLOGICA	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24		Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24		Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24					Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24			
CLASSIFICAZIONE RETE ICTUS	Stroke Unit di 2° Livello														
CLASSIFICAZIONE RETE TRAUMATOLOGICA	Centro Traumi di Zona	Centro Traumi di Zona	Pronto Soccorso Traumatologico		Pronto Soccorso Traumatologico										

Dipartimento della Salute, del Benessere e Sport
REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO TABELLA C_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		BRINDISI								
		160170	160162	NA	160161		160101	160151		
COD	DENOMINAZIONE	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla Fontana	Plesso San Raffaele - Ceglie Messapica	Ospedale Civile - Ostuni	OFFERTA RETE PUBBLICA	CdC Salus - Brindisi	IRCCS Medea - Brindisi	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA									
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA									
08	CARDIOLOGIA	30	12			42				42
09	CHIRURGIA GENERALE	32	24		16	72	10		10	82
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE									
11	CHIRURGIA PEDIATRICA									
12	CHIRURGIA PLASTICA	12				12				12
13	CHIRURGIA TORACICA									
14	CHIRURGIA VASCOLARE	20				20	10		10	30
02	DAY HOSPITAL									
98	DAY SURGERY									
52	DERMATOLOGIA	4				4				4
18	EMATOLOGIA	20				20				20
58	GASTROENTEROLOGIA	10				10				10
21	GERIATRIA	30				30				30
47	GRANDI USTIONATI	8				8				8
60	LUNGODEGENTI	20			20	40				40
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	8				8				8
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	15				15				15
26	MEDICINA GENERALE	60	32		32	124	16		16	140
29	NEFROLOGIA	20				20				20
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA									
62	NEONATOLOGIA	16	6			22				22
30	NEUROCHIRURGIA	18				18				18
32	NEUROLOGIA	32				32				32
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE									
75	NEURORIABILITAZIONE			60		60		30	30	90
34	OCULISTICA	10				10				10
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA									
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA									
64	ONCOLOGIA	20	12			32				32
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	32	24		18	74	5		5	79
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	50	32			82	19		19	101
38	OTORINOLARINGOIATRIA	16				16				16
39	PEDIATRIA	20	16			36				36
68	PNEUMOLOGIA	20			20	40				40
40	PSICHIATRIA	15	16			31				31
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE			45		45				45
71	REUMATOLOGIA									
49	TERAPIA INTENSIVA	16	8			24				24
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	10				10				10
50	UNITA' CORONARICA	12	6			18				18
28	UNITA' SPINALE									
43	UROLOGIA	24				24				24
78	UROLOGIA PEDIATRICA									
	TOTALE:	600	188	105	106	999	60	30	90	1.089
	di cui POSTI LETTO ACUTI	580	188		86	854	60		60	2,28
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE			105		105		30	30	0,34
	di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA	20			20	40				0,10
									PL/1000 ab	2,72

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	X			X	2				2
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X				1				1
ANESTESIA				X	1	X		1	2
ANGIOLOGIA	X				1				1
DAY HOSPITAL									
DAY SURGERY									
DIETETICA/DIETOLOGIA	X				1				1
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	4	X	X	2	6
EMODIALISI	X	X		X	3				3
EMODINAMICA	X				1				1
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X		X	3				3
FISICA SANITARIA	X				1				1
GENETICA MEDICA									
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI									
LABORATORIO D'ANALISI	X	X		X	3	X	X	2	5
MEDICINA DEL LAVORO									
MEDICINA LEGALE	X	X			2				2
MEDICINA NUCLEARE	X				1				1
MEDICINA SPORTIVA									
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	X				1				1
NEURORADIOLOGIA									
ONCOLOGIA									
RADIOLOGIA	X	X		X	3	X	X	2	5
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X				1				1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X			2				2
TERAPIA DEL DOLORE	X				1				1
TOSSICOLOGIA	X				1				1

CLASSIFICAZIONE DI RETE

CLASSIFICAZIONE OSPEDALIERA DM70/2015	Ospedale di 2° Livello	Ospedale di 1° Livello		Ospedale di Base		
CLASSIFICAZIONE RETE EMERGENZA URGENZA	DEA di 2° Livello	DEA di 1° Livello		Pronto Soccorso		
CLASSIFICAZIONE RETE CARDIOLOGICA	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica				
CLASSIFICAZIONE RETE ICTUS	Stroke Unit di 1° Livello					
CLASSIFICAZIONE RETE TRAUMATOLOGICA	Centro Traumi di Zona	Centro Traumi di Zona		Pronto Soccorso Traumatologico		

REGIONE PUGLIA — PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO — TABELLA C_BIS

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO		LECCE																
		160171[01]	160053	160166	160167	160062	160165	160171[02]		160060	160150	160107	160152	160110	160109	160108		
COD.	DENOMINAZIONE	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Ospedale Ferrari - Casarano	Ospedale Santa Caterina Novella - Galatina	Ospedale San Giuseppe da Copertino - Copertino	Ospedale Antonio Galateo - San Cesario di Lecce	OFFERTA RETE PUBBLICA	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	CdC Città di Lecce Hospital - Lecce	CdC Prof. Petruzzellis - Lecce	CdC Eurosalute - Casarano	CdC San Francesco - Galatina	CdC Villa Verde - Lecce	CdC Villa Bianca - Lecce	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA	30							30		25						25	55
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA																	
08	CARDIOLOGIA	40	12	12	6	6	6		82	16	12	6					34	116
09	CHIRURGIA GENERALE	40	24	24	18	12	18		136	40	10	20		19			89	225
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	10							10	4							4	14
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	20							20			8					8	28
12	CHIRURGIA PLASTICA	8							8									8
13	CHIRURGIA TORACICA	20							20									20
14	CHIRURGIA VASCOLARE	12							12	15		6					23	35
02	DAY HOSPITAL																	
98	DAY SURGERY																	
52	DERMATOLOGIA	4							4									4
18	EMATOLOGIA	24							24	15							15	39
58	GASTROENTEROLOGIA	20		16					36									36
21	GERIATRIA	10			24	24	12		70									70
47	GRANDI USTIONATI																	
60	LUNGODEGENTI	10	16	16	18	18	18		96	18							18	114
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	10							10									10
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	24							24									24
26	MEDICINA GENERALE	70	32	32	24	32	32		222	30				18			48	270
29	NEFROLOGIA	24				12			36	10							10	46
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA																	
62	NEONATOLOGIA	16							16	8							8	24
30	NEUROCHIRURGIA	32							32	8	8						16	48
32	NEUROLOGIA	32	12						44	30							30	74
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE																	
75	NEURORIABILITAZIONE									5					15		20	20
34	OCULISTICA	10							10	8	2	2		3			15	25
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA																	
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	10							10									10
64	ONCOLOGIA	30	20		10				60	10	2						12	72
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	40	24	24	18	12	18		136	32	16					28	76	212
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	50	32	32			12		126	30		8		8			46	172
38	OTORINOLARINGOIATRIA	20		4					24	15				8			23	47
39	PEDIATRIA	20	16	16					52	10							10	62
68	PNEUMOLOGIA	30				12			42	18							18	60
40	PSICHIATRIA	16		15	15	15			61						16		16	77
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE							100	100	20	5	13	66		15		119	219
71	REUMATOLOGIA	4							4									4
49	TERAPIA INTENSIVA	16	8	8			4		36	12	8						20	56
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	10							10	6							6	16
50	UNITA' CORONARICA	12	8	8					28	10	8						18	46
28	UNITA' SPINALE							6	6									6
43	UROLOGIA	24	16						40	30		8		4			42	82
78	UROLOGIA PEDIATRICA																	
	TOTALE	748	220	207	133	143	120	106	1.677	400	96	73	66	60	46	28	769	2.446
	di cui POSTI LETTO ACUTI	738	204	191	115	125	102		1.475	357	91	60		60	16	28	612	2,59
	di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE							106	106	25	5	13	66		30		139	0,30
	di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA	10	16	16	18	18	18		96	18							18	0,14
																	PL/1000 ab	3,03

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	X							1	X							1	2
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	X	X						2	X							1	3
ANESTESIA				X	X	X		3		X	X		X		X	4	7
ANGIOLOGIA									X							1	1
DAY HOSPITAL																	
DAY SURGERY																	
DIETETICA/DIETOLOGIA	X							1									1
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	X	X	X	X	X	X	X	7	X	X	X	X	X	X	X	7	14
EMODIALISI	X	X	X	X	X			5	X							1	6
EMODINAMICA	X							1	X	X						2	3
FARMACIA OSPEDALIERA	X	X	X	X	X	X		6	X							1	7
FISICA SANITARIA	X							1									1
GENETICA MEDICA	X							1	X							1	2
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI																	
LABORATORIO D'ANALISI	X	X	X	X	X	X		6	X	X	X	X	X		X	6	12
MEDICINA DEL LAVORO																	
MEDICINA LEGALE																	
MEDICINA NUCLEARE	X							1	X							1	2
MEDICINA SPORTIVA																	
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	X							1	X							1	2
NEURORADIOLOGIA	X							1	X							1	2
ONCOLOGIA			X	X	X			3									3
RADIOLOGIA	X	X	X	X	X	X	X	7	X	X	X	X	X		X	6	13
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	X							1		X						1	2
SERVIZIO TRASFUSIONALE	X	X	X	X	X	X		6	X							1	7
TERAPIA DEL DOLORE	X							1									1
TOSSICOLOGIA																	

CLASSIFICAZIONE DI RETE

CLASSIFICAZIONE OSPEDALIERA DM70/2015	Ospedale di 2° Livello	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di 1° Livello	Ospedale di Base	Ospedale di Base	Ospedale di Base	Presso Riabilitativo di Ospedale di 2° Livello	Ospedale di 1° Livello						
CLASSIFICAZIONE RETE EMERGENZA URGENZA	DEA di 2° Livello	DEA di 1° Livello	DEA di 1° Livello	Pronto Soccorso	Pronto Soccorso	Pronto Soccorso		DEA di 1° Livello						
CLASSIFICAZIONE RETE CARDIOLOGICA	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica	Cardiologia con UTIC H24 senza Emodinamica	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24		Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia con UTIC ed Emodinamica H24	Cardiologia di Base con Guardia Attiva H24				
CLASSIFICAZIONE RETE ICTUS	Stroke Unit di 2° Livello							Stroke Unit di 1° Livello						
CLASSIFICAZIONE RETE TRAUMATOLOGICA	Centro Traumi di Alta Specializzazione	Centro Traumi di Zona	Centro Traumi di Zona	Pronto Soccorso Traumatologico	Pronto Soccorso Traumatologico	Pronto Soccorso Traumatologico	Cardiologia Riabilitativa	Centro Traumi di Zona						

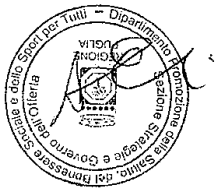
DENOMINAZIONE	TOTALE PUGLIA OFFERTA RETE PUBBLICA	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
CARDIOCHIRURGIA	71	112	183
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	8	0	8
CARDIOLOGIA	396	255	651
CHIRURGIA GENERALE	875	409	1.284
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	20	33	53
CHIRURGIA PEDIATRICA	58	14	72
CHIRURGIA PLASTICA	64	5	69
CHIRURGIA TORACICA	77	18	95
CHIRURGIA VASCOLARE	94	94	188
DAY HOSPITAL	0	0	0
DAY SURGERY	2	0	2
DERMATOLOGIA	22	22	44
EMATOLOGIA	136	61	197
GASTROENTEROLOGIA	191	71	262
GERIATRIA	164	173	337
GRANDI USTIONATI	23	0	23
LUNGODEGENTI	362	46	408
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	80	33	113
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	161	0	161
MEDICINA GENERALE	1.064	405	1.469
NEFROLOGIA	180	56	236
NEFROLOGIA PEDIATRICA	12	0	12
NEONATOLOGIA	162	50	212
NEUROCHIRURGIA	142	86	228
NEUROLOGIA	311	130	441
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	36	0	36
NEURORIABILITAZIONE	70	80	150
OCULISTICA	81	51	132
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	4	8	12
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	35	20	55
ONCOLOGIA	230	81	311
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	658	389	1.047
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	770	247	1.017
OTORINOLARINGOIATRIA	153	62	215
PEDIATRIA	300	46	346
PNEUMOLOGIA	269	95	364
PSICHIATRIA	261	16	277
RECUPERO E RIABILITAZIONE	453	852	1.305
REUMATOLOGIA	42	0	42
TERAPIA INTENSIVA	256	98	354
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	62	22	84
UNITA' CORONARICA	130	64	194
UNITA' SPINALE	23	14	37
UROLOGIA	247	167	414
UROLOGIA PEDIATRICA	10	0	10
	8.765	4.385	13.150
	7.857	3.393	2,75
	546	946	0,36
	362	46	0,10
		PL/1000 ab	3,22

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	7	2	9
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	9	3	12
ANESTESIA	11	11	22
ANGIOLOGIA	2	2	4
DAY HOSPITAL	1	0	1
DAY SURGERY	1	1	2
DIETETICA/DIETOLOGIA	2	1	3
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	38	31	69
EMODIALISI	16	4	20
EMODINAMICA	6	9	15
FARMACIA OSPEDALIERA	31	4	35
FISICA SANITARIA	8	2	10
GENETICA MEDICA	6	3	9
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	3	0	3
LABORATORIO D'ANALISI	31	30	61
MEDICINA DEL LAVORO	2	0	2
MEDICINA LEGALE	6	1	7
MEDICINA NUCLEARE	7	4	11
MEDICINA SPORTIVA	4	0	4
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	4	3	7
NEURORADIOLOGIA	5	2	7
ONCOLOGIA	9	0	9
RADIOLOGIA	33	30	63
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	7	4	11
SERVIZIO TRASFUSIONALE	26	3	29
TERAPIA DEL DOLORE	6	1	7
TOSSICOLOGIA	3	1	4

CLASSIFICAZIONE DI RETE

CLASSIFICAZIONE OSPEDALIERA DM70/2015
CLASSIFICAZIONE RETE EMERGENZA URGENZA
CLASSIFICAZIONE RETE CARDIOLOGICA
CLASSIFICAZIONE RETE ICTUS
CLASSIFICAZIONE RETE TRAUMATOLOGICA



REGIONE PUGLIA — PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO — TABELLA C_TER

DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE DI BACINO		FOGGIA													
		160910	160163[01]	160047	160164	160163[02]		160905	160181	160125	160102	160105	160106		
COD	DENOMINAZIONE	AOU Ospedali Riuniti - Foggia	Ospedale Teresa Masselli Mascia - San Severo	Ospedale Giuseppe Tatarella - Cerignola	Ospedale San Camillo de' Lellis - Manfredonia	Ospedale Francesco Lastaria - Lucera	OFFERTA RETE PUBBLICA	Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - San Giovanni Rotondo	CCRR Villa Serena e San Francesco - Foggia	CdC Santa Maria Bambina - Foggia	CdC Professor Brodetti - Foggia	CdC Leonardo Da Luca - Castelnuovo Daunia	CdC San Michele - Manfredonia	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA							1						1	1
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA														
08	CARDIOLOGIA	1	1	1			3	1	1	1		1		4	7
09	CHIRURGIA GENERALE	2	1	1			4	1	1		1			3	7
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE							1						1	1
11	CHIRURGIA PEDIATRICA							1						1	1
12	CHIRURGIA PLASTICA	1					1								1
13	CHIRURGIA TORACICA	1					1	1						1	2
14	CHIRURGIA VASCOLARE	1					1	1						1	2
02	DAY HOSPITAL														
98	DAY SURGERY														
52	DERMATOLOGIA							1						1	1
18	EMATOLOGIA	1					1	1						1	2
58	GASTROENTEROLOGIA	2					2	1						1	3
21	GERIATRIA	1					1	1					1	2	3
47	GRANDI USTIONATI														
60	LUNGODEGENTI							1						1	1
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	1					1	1						1	2
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1					1								1
26	MEDICINA GENERALE	2		1	1		4	1	1		1	1		4	8
29	NEFROLOGIA	1	1				2	1						1	3
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA														
62	NEONATOLOGIA	1					1	1						1	2
30	NEUROCHIRURGIA	1					1	1						1	2
32	NEUROLOGIA	2					2	1		1	1			3	6
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1					1								1
75	NEURORIABILITAZIONE							1						1	1
34	OCULISTICA	1		1			2	1						1	3
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA							1						1	1
85	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA							1						1	1
64	ONCOLOGIA	1					1	1						1	2
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	1	1			4	1	1					2	6
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	1	1			4	1						1	5
38	OTORINOLARINGOIATRIA	1		1			2	1						1	3
39	PEDIATRIA	1	1	1			3	1						1	4
68	PNEUMOLOGIA	2	1				3			1				1	4
40	PSICHIATRIA	1	1		1		3								3
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	1		1			2	1	1	1		1		4	6
71	REUMATOLOGIA	1					1								1
49	TERAPIA INTENSIVA	1	1	1			3	1						1	4
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE							1						1	1
50	UNITA' CORONARICA							1						1	1
28	UNITA' SPINALE														
43	UROLOGIA	1		1			2	1			1			2	4
78	UROLOGIA PEDIATRICA														
	TOTALE	35	9	11	2		57	32	5	4	4	3	1	49	106
	di cui STRUTTURE ACUTI	34	9	10	2		55	29	4	3	4	2	1	43	98
	di cui STRUTTURE RIABILITAZIONE	1		1			2	2	1	1		1		5	7
	di cui STRUTTURE LUNGODEGENZA							1						1	1
	PL/STRUTTURA senza servizi	23,2	22,8	15,8	66,5		24,1	26,8	19,4	20,0	15,0	17,0	31,0	24,0	24,0
	PL/STRUTTURA con servizi	23,2	14,6	13,4	33,3		18,3	16,8	12,1	11,4	8,6	8,5	7,8	14,2	16,1

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA							1						1	1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	1					1	1						1	2
ANESTESIA														
ANGIOLOGIA							1						1	1
DAY HOSPITAL														
DAY SURGERY														
DIETETICA/DIETOLOGIA							1						1	1
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO		1	1	1		3	1	1	1	1	1	1	6	9
EMODIALISI							1						1	1
EMODINAMICA							1						1	1
FARMACIA OSPEDALIERA	1	1				2	1						1	3
FISICA SANITARIA							1						1	1
GENETICA MEDICA	1					1	1						1	2
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI														
LABORATORIO D'ANALISI	1	1				2	1	1	1	1	1	1	6	8
MEDICINA DEL LAVORO														
MEDICINA LEGALE	1					1	1						1	2
MEDICINA NUCLEARE	1					1	1						1	2
MEDICINA SPORTIVA														
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA							1						1	1
NEURORADIOLOGIA		1				1	1						1	2
ONCOLOGIA (senza posti letto)														
RADIOLOGIA	1	1	1	1		4	1	1	1	1	1	1	6	10
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1					1	1						1	2
SERVIZIO TRASFUSIONALE	1					1	1						1	2
TERAPIA DEL DOLORE							1						1	1
TOSSICOLOGIA														
TOTALE		5	2	2		18	19	3	3	3	3	3	34	52

REGIONE PUGLIA PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO TABELLA C_TER

DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE DI BACINO		BAT						
		160177	160174(01)	160178	160174(01)			
COD	DENOMINAZIONE	Ospedale Monsignor Dimiccoli - Barletta	Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisceglie	Plesso Caduti In Guerra - Canosa di Puglia	OFFERTA RETE PUBBLICA	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA							
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA							
08	CARDIOLOGIA	1	1			2	1	3
09	CHIRURGIA GENERALE	1	1			2		2
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE							
11	CHIRURGIA PEDIATRICA							
12	CHIRURGIA PLASTICA							
13	CHIRURGIA TORACICA							
14	CHIRURGIA VASCOLARE							
02	DAY HOSPITAL							
98	DAY SURGERY							
52	DERMATOLOGIA							
18	EMATOLOGIA	1				1		1
58	GASTROENTEROLOGIA	1				1		1
21	GERIATRIA							
47	GRANDI USTIONATI							
60	LUNGODEGENTI							
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO							
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI			1		1		1
26	MEDICINA GENERALE	1	1			2		2
29	NEFROLOGIA	1				1		1
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA							
62	NEONATOLOGIA							
30	NEUROCHIRURGIA		1			1		1
32	NEUROLOGIA	1	1			2	1	3
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE							
75	NEURORIABILITAZIONE							
34	OCULISTICA							
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA							
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA							
64	ONCOLOGIA	1				1		1
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1			2		2
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	1	1		3		3
38	OTORINOLARINGOIATRIA	1				1		1
39	PEDIATRIA	1	1	1		3		3
68	PNEUMOLOGIA						1	1
40	PSICHIATRIA			1		1		1
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE						1	1
71	REUMATOLOGIA							
49	TERAPIA INTENSIVA	1	1	1		3		3
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE							
50	UNITA' CORONARICA							
28	UNITA' SPINALE							
43	UROLOGIA		1			1		1
78	UROLOGIA PEDIATRICA							
	TOTALE	13	10	5		28	4	32
	di cui STRUTTURE ACUTI	13	10	5		28	3	31
	di cui STRUTTURE RIABILITAZIONE						1	1
	di cui STRUTTURE LUNGODEGENZA							
	PL/STRUTTURA senza servizi	20,1	21,8	35,6		25,6	25,0	25,5
	PL/STRUTTURA con servizi	13,7	15,6	29,7		18,4	14,3	17,8

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA							
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA							
ANESTESIA							
ANGIOLOGIA							
DAY HOSPITAL							
DAY SURGERY							
DIETETICA/DIETOLOGIA							
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	1	1		3	1	4
EMODIALISI	1				1		1
EMODINAMICA							
FARMACIA OSPEDALIERA		1			1		1
FISICA SANITARIA							
GENETICA MEDICA							
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI							
LABORATORIO D'ANALISI		1			1	1	2
MEDICINA DEL LAVORO							
MEDICINA LEGALE							
MEDICINA NUCLEARE	1				1		1
MEDICINA SPORTIVA							
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA							
NEURORADIOLOGIA							
ONCOLOGIA (senza posti letto)							
RADIOLOGIA	1	1			2	1	3
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1				1		1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	1				1		1
TERAPIA DEL DOLORE							
TOSSICOLOGIA							
	6	4	1		11	3	14

REGIONE PUGLIA — PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO — TABELLA C_TER

DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE DI BACINO		BARI													
		160907[01]	160169	160158	160157	160159	160907[02]	160160	160501	160902					
COD	DENOMINAZIONE	AOU Consorziale Policlinico - Bari	Ospedale Di Venere - Carbonara di Bari	Ospedale San Paolo - Bari	Ospedale della Murgia - Altamura	Ospedale San Giacomo - Monopoli	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Bari	Ospedale Santa Maria degli Angeli - Putignano	IRCCS Giovanni Paolo II - Bari	IRCCS Saverio de Bellis - Castellana Grotte	Ospedale Umberto I - Corato	Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	Plesso Michele Sarcone - Terlizzi	Plesso Francesca Fallacara - Triggiano	OFFERTA RETE PUBBLICA
07	CARDIOCHIRURGIA	1													1
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA						1								1
08	CARDIOLOGIA	2	1	1	1		1								6
09	CHIRURGIA GENERALE	4	1	1	1				2	1	1				11
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1													1
11	CHIRURGIA PEDIATRICA						1								1
12	CHIRURGIA PLASTICA	1													1
13	CHIRURGIA TORACICA	1							1						2
14	CHIRURGIA VASCOLARE	1	1												2
02	DAY HOSPITAL														
98	DAY SURGERY														
52	DERMATOLOGIA	1													1
18	EMATOLOGIA	1							1						2
58	GASTROENTEROLOGIA	1								2					3
21	GERIATRIA	1													1
47	GRANDI USTIONATI														
60	LUNGODEGENTI														
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	1					1								2
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1	1				1								3
26	MEDICINA GENERALE	4	1	1	1	1		1		1		1			11
29	NEFROLOGIA	1	1												2
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA														
62	NEONATOLOGIA	1	1												2
30	NEUROCHIRURGIA	1													1
32	NEUROLOGIA	3	1		1		1								6
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1													1
75	NEURORIABILITAZIONE														
34	OCULISTICA	1	1					1							3
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1													1
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	1													1
64	ONCOLOGIA	1							2						3
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1	1	1		1								5
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	1	1	1										5
38	OTORINOLARINGOIATRIA	1	1		1				1						4
39	PEDIATRIA			1			2								3
68	PNEUMOLOGIA	2	1	1											4
40	PSICHIATRIA	1	1		1			1							4
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	1													1
71	REUMATOLOGIA	1													1
49	TERAPIA INTENSIVA	2	1	1	1	1	1		1		1				9
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE														
50	UNITA' CORONARICA														
28	UNITA' SPINALE														
43	UROLOGIA	2	1	1	1	1									6
78	UROLOGIA PEDIATRICA						1								1
	TOTALE	45	16	9	10	3	11	3	8	4	2	1			112
	di cui STRUTTURE ACUTI	44	16	9	10	3	11	3	8	4	2	1			111
	di cui STRUTTURE RIABILITAZIONE	1													1
	di cui STRUTTURE LUNGODEGENZA														
	PL/STRUTTURA senza servizi	25,5	17,3	25,1	22,8	53,3	15,6	44,0	19,5	31,0	54,0	70,0			26,1
	PL/STRUTTURA con servizi	20,1	12,0	18,1	19,0	40,0	15,6	44,0	15,6	17,7	54,0	70,0			20,3

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA														
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	1							1	1					3
ANESTESIA														
ANGIOLOGIA														
DAY HOSPITAL														
DAY SURGERY														
DIETETICA/DIETOLOGIA														
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO		1	1	1										3
EMODIALISI														
EMODINAMICA														
FARMACIA OSPEDALIERA	1		1					1						3
FISICA SANITARIA														
GENETICA MEDICA	1	1												2
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI														
LABORATORIO D'ANALISI	2	1							1					4
MEDICINA DEL LAVORO	1													1
MEDICINA LEGALE	1													1
MEDICINA NUCLEARE	1	1												2
MEDICINA SPORTIVA														
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1													1
NEURORADIOLOGIA	1	1												2
ONCOLOGIA (senza posti letto)			1											1
RADIOLOGIA	1	1	1	1	1				1					6
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA														
SERVIZIO TRASFUSIONALE	1	1	1											3
TERAPIA DEL DOLORE														
TOSSICOLOGIA														
	12	7	5	2	1			2	3					32

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale, Strategie e Governo della Rete Ospedaliera — Sezione Strategie e Governo della Rete Ospedaliera — REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO TABELLA C_TER

DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE DI BACINO		160078	160147	160906	160087	160140	160100	160096		
COD	DENOMINAZIONE	Ospedale Generale Miulli - Acquaviva delle Fonti	CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari	Fondazione Salvatore Maugeri - Cassano Murge	CdC Santa Maria - Bari	CdC Anthea Hospital - Bari	CdC Monte Imperatore - Noci	CdC Medicol Villa Lucia - Conversano	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA		1			1			2	3
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA									1
08	CARDIOLOGIA	1	1		1	1		1	5	11
09	CHIRURGIA GENERALE	1	1		1	1		1	5	16
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1	1						2	3
11	CHIRURGIA PEDIATRICA									1
12	CHIRURGIA PLASTICA		1						1	2
13	CHIRURGIA TORACICA		1						1	3
14	CHIRURGIA VASCOLARE	1	1		1				3	5
02	DAY HOSPITAL									
98	DAY SURGERY				1				1	1
52	DERMATOLOGIA	1							1	2
18	EMATOLOGIA	1							1	3
58	GASTROENTEROLOGIA	1	1						2	5
21	GERIATRIA	1					1		2	3
47	GRANDI USTIONATI									
60	LUNGODEGENTI						1		1	1
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	1							1	3
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI									3
26	MEDICINA GENERALE	1	1						2	13
29	NEFROLOGIA	1	1						2	4
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA									
62	NEONATOLOGIA	1	1						2	4
30	NEUROCHIRURGIA	1	1			1			3	4
32	NEUROLOGIA	1	1						2	8
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE									1
75	NEURORIABILITAZIONE			1					1	1
34	OCULISTICA	1	1					1	3	6
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1							1	2
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA									1
64	ONCOLOGIA	1	1						2	5
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1		1	1		1	5	10
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	1		1				3	8
38	OTORINOLARINGOIATRIA	1	1						2	6
39	PEDIATRIA	1							1	4
68	PNEUMOLOGIA	1		1					2	6
40	PSICHIATRIA									4
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	1	1	1	1	1	1		6	7
71	REUMATOLOGIA									1
49	TERAPIA INTENSIVA	1	1		1	1			4	13
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1							1	1
50	UNITA' CORONARICA	1	1		1	1		1	5	5
28	UNITA' SPINALE			1					1	1
43	UROLOGIA	1	1		1			1	4	10
78	UROLOGIA PEDIATRICA									1
	TOTALE	27	22	4	10	8	3	6	80	192
	di cui STRUTTURE ACUTI	26	21	1	9	7	1	6	71	182
	di cui STRUTTURE RIABILITAZIONE	1	1	3	1	1	1		8	9
	di cui STRUTTURE LUNGODEGENZA						1		1	1
	PL/STRUTTURA senza servizi	20,8	20,1	57,5	14,5	12,4	29,7	12,2	20,5	23,8
	PL/STRUTTURA con servizi	14,1	16,4	25,6	9,7	8,3	14,8	7,3	13,8	17,3

SERVIZI SENZA POSTI LET

ALLERGOLOGIA									
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	1							1	4
ANESTESIA									
ANGIOLOGIA									
DAY HOSPITAL									
DAY SURGERY				1				1	1
DIETETICA/DIETOLOGIA									
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	1	1	1	1	1	1	7	10
EMODIALISI	1	1						2	2
EMODINAMICA	1	1		1	1		1	5	5
FARMACIA OSPEDALIERA	1		1					2	5
FISICA SANITARIA	1							1	1
GENETICA MEDICA	1							1	3
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI									
LABORATORIO D'ANALISI	1	1	1	1	1	1	1	7	11
MEDICINA DEL LAVORO									1
MEDICINA LEGALE									1
MEDICINA NUCLEARE	1		1					2	4
MEDICINA SPORTIVA									
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1							1	2
NEURORADIOLOGIA									2
ONCOLOGIA (senza posti letto)									1
RADIOLOGIA	1	1	1	1	1	1	1	7	13
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1							1	1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	1							1	4
TERAPIA DEL DOLORE									
TOSSICOLOGIA									
	13	5	5	5	4	3	4	39	71

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA — PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO — TABELLA C_TER

DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE DI BACINO		TARANTO																
		160172[01]	160158	160075	160172[02]	160074			160116	160111	160114	160145	160141	160149	160112	160115		
COD	DENOMINAZIONE	Ospedale Santissima Annunziata - Taranto	Ospedale Civile - Castellaneta	Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca	Ospedale San Giuseppe Moscati - Statte	Ospedale Marianna Giannuzzi - Manduria	Plesso San Marco - Grottaglie	OFFERTA RETE PUBBLICA	CdC Villa Verde - Taranto	CdC Bernardini - Taranto	CdC San Camillo - Taranto	Centro Medico Riabilitazione Maugeri - Ginosa	CdC Villa Bianca - Martina Franca	CdC Cittadella della Carità - Taranto	CdC D'Amore Hospital - Taranto	CdC Santa Rita - Taranto	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA								1								1	1
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA																	
08	CARDIOLOGIA	1	1					2	1					1			2	4
09	CHIRURGIA GENERALE	1	1					2		1	1				1		3	5
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE																	
11	CHIRURGIA PEDIATRICA																	
12	CHIRURGIA PLASTICA	1						1										1
13	CHIRURGIA TORACICA																	
14	CHIRURGIA VASCOLARE	1						1										1
02	DAY HOSPITAL																	
98	DAY SURGERY																	
52	DERMATOLOGIA																	
18	EMATOLOGIA	1			1			2										2
58	GASTROENTEROLOGIA	1						1			1						1	2
21	GERIATRIA								1							1	2	2
47	GRANDI USTIONATI																	
60	LUNGODEGENTI																	
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO																	
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI				1			1										1
25	MEDICINA GENERALE	1	1	1		1		4	1	1	1			1		1	5	9
29	NEFROLOGIA	1						1										1
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA																	
62	NEONATOLOGIA																	
30	NEUROCHIRURGIA	1						1		1							1	2
32	NEUROLOGIA	1						1										1
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE																	
75	NEURORIABILITAZIONE																	
34	OCULISTICA				1			1		1							1	2
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA																	
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA																	
64	ONCOLOGIA		1		1			2	1								1	3
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1					2		1	1				1		3	5
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	1	1				3										3
38	OTORINOLARINGOIATRIA				1			1										1
39	PEDIATRIA	1						1										1
68	PNEUMOLOGIA								1		1	1					3	3
40	PSICHIATRIA		1		1			2										2
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE								1			1	1	1			4	4
71	REUMATOLOGIA																	
49	TERAPIA INTENSIVA	1	1	1		1		4	1								1	5
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1						1										1
50	UNITA' CORONARICA								1								1	1
28	UNITA' SPINALE																	
43	UROLOGIA	1						1		1	1						2	3
78	UROLOGIA PEDIATRICA																	
	TOTALE	16	8	3	6	2		35	9	6	6	2	1	3	2	2	31	66
	di cui STRUTTURE ACUTI	16	8	3	6	2		35	8	6	6	1		2	2	2	27	62
	di cui STRUTTURE RIABILITAZIONE								1			1	1	1			4	4
	di cui STRUTTURE LUNGODEGENZA																	
	PL/STRUTTURA senza servizi	25,0	26,5	52,0	18,7	64,5		30,9	18,2	15,3	15,5	33,5	64,0	20,0	20,0	15,0	19,7	25,6
	PL/STRUTTURA con servizi	16,0	21,2	31,2	18,7	32,3		21,6	12,6	10,2	10,3	13,4	16,0	10,0	8,0	6,0	10,9	16,0

SERVIZI SENZA POSTI LETT

ALLERGOLOGIA																		
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	1						1											1
ANESTESIA																		
ANGIOLOGIA																		
DAY HOSPITAL																		
DAY SURGERY																		
DIETETICA/DIETOLOGIA																		
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	1	1		1		4	1	1	1	1	1	1	1	1	8		12
EMODIALISI																		
EMODINAMICA								1								1		1
FARMACIA OSPEDALIERA	1						1											1
FISICA SANITARIA																		
GENETICA MEDICA																		
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI																		
LABORATORIO D'ANALISI	1						1	1	1	1	1	1	1	1	1	8		9
MEDICINA DEL LAVORO																		
MEDICINA LEGALE																		
MEDICINA NUCLEARE	1						1											1
MEDICINA SPORTIVA																		
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA																		
NEURORADIOLOGIA	1						1											1
ONCOLOGIA (senza posti letto)																		
RADIOLOGIA	1	1	1		1		4	1	1	1	1	1	1	1	1	8		12
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1						1											1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	1						1											1
TERAPIA DEL DOLORE																		
TOSSICOLOGIA																		
	9	2	2		2		15	4	3	3	3	3	3	3	3	25		40

REGIONE PUGLIA PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO TABELLA C_TER

DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE DI BACINO		BRINDISI								
		160170	160162	NA	160161		160101	160151		
COD	DENOMINAZIONE	Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla Fontana	Presso San Raffaele - Ceglie Messapica	Ospedale Civile - Ostuni	OFFERTA RETE PUBBLICA	CdC Salus - Brindisi	IRCCS Medea - Brindisi	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA									
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA									
08	CARDIOLOGIA	1	1			2				2
09	CHIRURGIA GENERALE	1	1			2	1		1	3
10	CHIRURGIA MASSILLO FACCIALE									
11	CHIRURGIA PEDIATRICA									
12	CHIRURGIA PLASTICA	1				1				1
13	CHIRURGIA TORACICA									
14	CHIRURGIA VASCOLARE	1				1	1		1	2
02	DAY HOSPITAL									
98	DAY SURGERY									
52	DERMATOLOGIA									
18	EMATOLOGIA	1				1				1
58	GASTROENTEROLOGIA									
21	GERIATRIA	1				1				1
47	GRANDI USTIONATI	1				1				1
60	LUNGODEGENTI									
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO									
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1				1				1
26	MEDICINA GENERALE	1	1		1	3	1		1	4
29	NEFROLOGIA	1				1				1
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA									
62	NEONATOLOGIA	1				1				1
30	NEUROCHIRURGIA	1				1				1
32	NEUROLOGIA	1				1				1
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE									
75	NEURORIABILITAZIONE							1	1	1
34	OCULISTICA	1				1				1
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA									
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA									
64	ONCOLOGIA	1	1			2				2
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1			2	1		1	3
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	1			2	1		1	3
38	OTORINOLARINGOIATRIA	1				1				1
39	PEDIATRIA	1	1			2				2
68	PNEUMOLOGIA	1				1				1
40	PSICHIATRIA	1	1			2				2
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE									
71	REUMATOLOGIA									
49	TERAPIA INTENSIVA	1	1			2				2
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE									
50	UNITA' CORONARICA									
28	UNITA' SPINALE									
43	UROLOGIA	1				1				1
78	UROLOGIA PEDIATRICA									
	TOTALE	23	9		1	33	5	1	6	39
	di cui STRUTTURE ACUTI	23	9		1	33	5		5	38
	di cui STRUTTURE RIABILITAZIONE							1	1	1
	di cui STRUTTURE LUNGODEGENZA									
	PL/STRUTTURA senza servizi	26,1	20,9		106,0	30,3	12,0	30,0	15,0	27,9
	PL/STRUTTURA con servizi	20,0	17,1		53,0	23,2	7,5	7,5	7,5	19,8

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA									
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA									
ANESTESIA									
ANGIOLOGIA									
DAY HOSPITAL									
DAY SURGERY									
DIETETICA/DIETOLOGIA									
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	1		1	3	1	1	2	5
EMODIALISI									
EMODINAMICA									
FARMACIA OSPEDALIERA	1				1				1
FISICA SANITARIA									
GENETICA MEDICA									
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI									
LABORATORIO D'ANALISI	1				1	1	1	2	3
MEDICINA DEL LAVORO									
MEDICINA LEGALE									
MEDICINA NUCLEARE	1				1				1
MEDICINA SPORTIVA									
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA									
NEURORADIOLOGIA									
ONCOLOGIA (senza posti letto)									
RADIOLOGIA	1	1			2	1	1	2	4
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1				1				1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	1				1				1
TERAPIA DEL DOLORE									
TOSSICOLOGIA									
	7	2		1	10	3	3	6	16

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA — PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO — TABELLA C_TER

DISTRIBUZIONE DELLE STRUTTURE DI BACINO		LECCE															
		160171[01]	160063	160166	160167	160062	160165	160171[02]		160080	160150	160107	160152	160110	160109	160108		
COD	DENOMINAZIONE	Ospedale Vito Fazzi - Lecce	Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	Ospedale Francesco Ferrari - Casarano	Ospedale Santa Caterina Novella - Galatina	Ospedale San Giuseppe da Copertino - Copertino	Ospedale Antonio Galateo - San Cesario di Lecce	OFFERTA RETE PUBBLICA	Ospedale Cardinale Panico - Tricase	CdC Città di Lecce Hospital - Lecce	CdC Prof. Petruccian I - Lecce	CdC Euroitalia - Casarano	CdC San Francesco - Galatina	CdC Villa Verde - Lecce	CdC Villa Bianca - Lecce	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016
07	CARDIOCHIRURGIA	1							1		1						1	2
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA																	
08	CARDIOLOGIA	1	1	1					3	1	1	1					3	6
09	CHIRURGIA GENERALE	1	1	1					3	1	1	1		1			4	7
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1							1	1							1	2
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	1							1			1					1	2
12	CHIRURGIA PLASTICA	1							1									1
13	CHIRURGIA TORACICA	1							1									1
14	CHIRURGIA VASCOLARE	1							1	1		1					2	3
02	DAY HOSPITAL																	
98	DAY SURGERY																	
52	DERMATOLOGIA																	
18	EMATOLOGIA	1							1	1							1	2
58	GASTROENTEROLOGIA	1		1					2									2
21	GERIATRIA				1	1			2									2
47	GRANDI USTIONATI																	
60	LUNGODEGENTI									1							1	1
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	1							1									1
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1							1									1
26	MEDICINA GENERALE	1	1	1	1	1			5	1				1			2	7
29	NEFROLOGIA	1							1	1							1	2
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA																	
62	NEONATOLOGIA									1							1	1
30	NEUROCHIRURGIA	1							1	1	1						2	3
32	NEUROLOGIA	1	1						2	1							1	3
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE																	
75	NEURORIABILITAZIONE									1					1		2	2
34	OCULISTICA	1							1	1	1	1		1			4	5
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA																	
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	1							1									1
64	ONCOLOGIA	1	1						2	1	1						2	4
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1	1					3	1	1					1	3	6
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	1	1			1		4	1		1		1			3	7
38	OTORINOLARINGOIATRIA	1							1	1				1			2	3
39	PEDIATRIA	1	1	1					3	1							1	4
68	PNEUMOLOGIA	1							1	1							1	2
40	PSICHIATRIA	1		1	1	1			4						1		1	5
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE							1	1	1	1	1	1		1		5	6
71	REUMATOLOGIA	1							1									1
49	TERAPIA INTENSIVA	1	1	1					3	1							1	4
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1							1	1							1	2
50	UNITA' CORONARICA									1	1						2	2
28	UNITA' SPINALE																	
43	UROLOGIA	1	1						2	1		1		1			3	5
78	UROLOGIA PEDIATRICA																	
	TOTALE	29	10	9	3	3	1	1	56	24	9	8	1	6	3	1	52	108
	di cui STRUTTURE ACUTI	29	10	9	3	3	1		55	21	8	7		6	1	1	44	99
	di cui STRUTTURE RIABILITAZIONE							1	1	2	1	1	1		2		7	8
	di cui STRUTTURE LUNGODEGENZA									1							1	1
	PL/STRUTTURA senza servizi	25,8	22,0	23,0	44,3	47,7	120,0	106,0	29,9	16,7	10,7	9,1	66,0	10,0	15,3	28,0	14,8	22,6
	PL/STRUTTURA con servizi	18,2	16,9	18,8	26,6	28,6	40,0	106,0	21,2	10,5	7,4	6,6	16,5	6,7	11,5	7,0	9,3	15,1

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	1							1	1							1	2
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	1	1						2	1							1	3
ANESTESIA																	
ANGIOLOGIA									1							1	1
DAY HOSPITAL																	
DAY SURGERY																	
DIETETICA/DIETOLOGIA																	
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	1	1	1	1	1		6	1	1	1	1	1	1	1	7	13
EMODIALISI									1							1	1
EMODINAMICA									1	1						2	2
FARMACIA OSPEDALIERA	1							1	1							1	2
FISICA SANITARIA	1							1									1
GENETICA MEDICA	1							1	1							1	2
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI																	
LABORATORIO D'ANALISI	1							1	1	1	1	1	1		1	6	7
MEDICINA DEL LAVORO																	
MEDICINA LEGALE																	
MEDICINA NUCLEARE	1							1	1							1	2
MEDICINA SPORTIVA																	
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA									1							1	1
NEURORADIOLOGIA	1							1	1							1	2
ONCOLOGIA (senza posti letto)																	
RADIOLOGIA	1	1	1	1	1	1		6	1	1	1	1	1		1	6	12
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	1							1									1
SERVIZIO TRASFUSIONALE	1							1	1							1	2
TERAPIA DEL DOLORE																	
TOSSICOLOGIA																	
	12	3	2	2	2	2		23	14	4	3	3	3	1	3	31	54

DENOMINAZIONE	TOTALE PUGLIA			DIMENSIONAMENTO DISCIPLINE PER BACINO EX DM70		
	OFFERTA RETE PUBBLICA	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2016	N° STRUTTURE MINIMO	N° STRUTTURE MASSIMO	DIFF
CARDIOCHIRURGIA	2	5	7	3	7	0
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	1	0	1	1	1	0
CARDIOLOGIA	18	15	33	14	27	6
CHIRURGIA GENERALE	24	16	40	20	41	-1
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	2	4	6	2	4	2
CHIRURGIA PEDIATRICA	2	2	4	2	3	1
CHIRURGIA PLASTICA	5	1	6	2	4	2
CHIRURGIA TORACICA	4	2	6	3	5	1
CHIRURGIA VASCOLARE	6	7	13	5	10	3
DAY HOSPITAL	0	0	0	nd	nd	
DAY SURGERY	0	1	1	nd	nd	
DERMATOLOGIA	1	2	3	3	7	-4
EMATOLOGIA	8	3	11	3	7	4
GASTROENTEROLOGIA	9	4	13	5	10	3
GERIATRIA	5	6	11	5	10	1
GRANDI USTIONATI	1	0	1	1	1	0
LUNGODEGENTI	0	3	3	27	51	-48
MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO	4	2	6	3	7	-1
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	8	0	8	3	7	1
MEDICINA GENERALE	29	14	43	27	51	-8
NEFROLOGIA	8	4	12	3	7	5
NEFROLOGIA PEDIATRICA	0	0	0	1	1	-1
NEONATOLOGIA	4	4	8	3	7	1
NEUROCHIRURGIA	6	7	13	3	7	6
NEUROLOGIA	14	7	21	14	27	-6
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	0	2	1	2	0
NEURORIABILITAZIONE	0	5	5	3	7	-2
OCULISTICA	8	9	17	14	27	-10
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	2	3	5	10	-7
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	2	1	3	1	2	1
ONCOLOGIA	11	6	17	7	14	3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18	14	32	20	41	-9
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	21	8	29	14	27	2
OTORINOLARINGOIATRIA	10	5	15	14	27	-12
PEDIATRIA	15	3	18	14	27	-9
PNEUMOLOGIA	9	8	17	5	10	7
PSICHIATRIA	16	1	17	14	27	-10
RECUPERO E RIABILITAZIONE	4	20	24	nd	nd	
REUMATOLOGIA	3	0	3	3	7	-4
TERAPIA INTENSIVA	24	7	31	14	27	4
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	2	3	5	3	7	-2
UNITA' CORONARICA	0	9	9	14	27	-18
UNITA' SPINALE	0	1	1	nd	nd	
UROLOGIA	13	11	24	14	27	-3
UROLOGIA PEDIATRICA	1	0	1	1	1	0
	321	222	543	314	619	-102
	317	193	510			
	4	26	30			
	0	3	3			
PL/STRUTTURA senza servizi	7,6	39,5	8,1			
PL/STRUTTURA con servizi	5,7	24,3	5,6			

SERVIZI SENZA POSTI LETTO

ALLERGOLOGIA	1	2	3	2	4	-1
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	7	3	10	14	27	-17
ANESTESIA	0	0	0	nd	nd	
ANGIOLOGIA	0	2	2	nd	nd	
DAY HOSPITAL	0	0	0	nd	nd	
DAY SURGERY	0	1	1	nd	nd	
DIETETICA/DIETOLOGIA	0	1	1	3	7	-6
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	22	31	53	14	27	26
EMODIALISI	1	4	5	7	14	-9
EMODINAMICA	0	9	9	7	14	-5
FARMACIA OSPEDALIERA	9	4	13	14	27	-14
FISICA SANITARIA	1	2	3	3	7	-4
GENETICA MEDICA	4	3	7	1	2	5
IMMUNOLOGIA E CENTRO TRAPIANTI	0	0	0	nd	nd	
LABORATORIO D'ANALISI	10	30	40	14	27	13
MEDICINA DEL LAVORO	1	0	1	nd	nd	
MEDICINA LEGALE	2	1	3	nd	nd	
MEDICINA NUCLEARE	7	4	11	3	7	4
MEDICINA SPORTIVA	0	0	0	nd	nd	
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1	3	4	3	7	-3
NEURORADIOLOGIA	5	2	7	2	4	3
ONCOLOGIA (senza posti letto)	1	0	1	14	27	-26
RADIOLOGIA	24	30	54	14	27	27
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	5	2	7	3	7	0
SERVIZIO TRASFUSIONALE	8	3	11	14	27	-16
TERAPIA DEL DOLORE	0	1	1	8	14	-13
TOSSICOLOGIA	0	0	0	1	1	-1
TOTALE	109	138	247	141	277	-37

000000REGIONE PUGLIA

000000PIANO OPERATIVO OSPEDALIERO
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE

000000TABELLA C_QUATER

REGIONE PUGLIA			FOGGIA			
2015	2017	2025	anno	2015	2017	2025
° DEA 2° LIVELLO	*5*	*6*	*Numero DEA 2° LIVELLO*		*1*	*1*
ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI	STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
426.864	442.000	392.000	*AOU Ospedali Riuniti - Foggia*	63.118	72.000	72.000
			Ospedale Francesco Lastaria - Lucera	11.153		
° DEA 1° LIVELLO	17	15	*Numero DEA 1° LIVELLO*		3	3
ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI	STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
496.312	550.000	624.000	*Ospedale Casa Sollievo Sofferenza - San Giovanni Rotondo*	41.549	42.000	42.000
			Ospedale Teresa Masselli Mascia - San Severo	27.726	28.000	28.000
			Ospedale Giuseppe Tatarella - Cerignola	39.265	42.000	42.000
ONTO SOCCORSO	10	5	*Numero PRONTO SOCCORSO*		1	1
ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI	STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
300.184	300.000	110.000	*Ospedale San Camillo de' Lellis - Manfredonia*	21.635	20.000	20.000
			Numero RICONVERSIONI			
			STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
1.268.428	1.262.000	1.196.000		204.446	204.000	204.000

000000REGIONE PUGLIA

000000PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE

000000TABELLA C_QUATER

BARLETTA-ANDRIA-TRANI			
anno	2015	2017	2025
Numero DEA 2° LIVELLO		0	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Nuovo Ospedale Andria			65.000
Numero DEA 1° LIVELLO		2	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Monsignor Dimiccoli - Barletta	45.974	49.000	45 000
Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	34.845	40.000	-
Numero PRONTO SOCCORSO		1	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisceglie	22.723	35.000	30.000
Numero RICONVERSIONI		2	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Caduti in Guerra - Canosa di Puglia	8.568	riconvertito	
Ospedale San Nicola Pellegrino - Trani	11.805	riconvertito	
Ospedale Lorenzo Bonomo - Andria	na	na	riconvertito
	123.915	124.000	75.000

BARI			
anno	2015	2017	2025
Numero DEA 2° LIVELLO		1	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
AOU Consorziale Policlinico - Bari	96.408		
Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - Bari	28.489	110 000	110.000
Numero DEA 1° LIVELLO		6	6
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale San Paolo - Bari	47.718	50 000	50.000
Ospedale Di Venere - Carbonara di Bari	40.458	45.000	45.000
Ospedale della Murgia - Altamura	27.907	30.000	45.000
Ospedale Umberto I - Corato	21.184	25.000	-
Ospedale Generale Miulli - Acquaviva delle Fonti	20 027	20.000	20.000
CdC CBH Mater Dei Hospital - Bari		27.000	27.000
NUOVO Ospedale Monopoli-Fasano			60.000
Numero PRONTO SOCCORSO		3	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale San Giacomo - Monopoli	25.323	25.000	-
Ospedale Santa Maria degli Angeli -	24.839	25.000	-
Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta	23.449	25.000	20.000
Numero RICONVERSIONI		2	3
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Michele Sarcone - Terlizzi	12 779	riconvertito	
Ospedale Francesca Fallacara - Triggiano	13.125	riconvertito	
Ospedale San Giacomo - Monopoli	na	na	riconvertito
Ospedale Santa Maria degli Angeli - Putignano	na	na	riconvertito
Ospedale Umberto I - Corato	na	na	riconvertito
	381.706	382.000	377.000

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

TARANTO			
anno	2015	2017	2025
Numero DEA 2° LIVELLO		1	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Santissima Annunziata - Taranto	64.935	80.000	-
Ospedale San Giuseppe Moscati - Statte	30.689	20.000	-
Nuovo Ospedale San Cataldo - Taranto			120.000
Numero DEA 1° LIVELLO		2	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Civile - Castellaneta	22.080	30.000	45.000
Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca	27.009	30.000	-
Numero PRONTO SOCCORSO		1	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Marianna Giannuzzi - Manduria	24.442	30.000	20.000
Numero RICONVERSIONI		1	3
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale San Marco - Grottaglie	20.960	riconvertito	
Ospedale Valle d'Itria - Martina Franca	na	na	riconvertito
Ospedale Santissima Annunziata - Taranto	na	na	riconvertito
Ospedale San Giuseppe Moscati - Statte	na	na	riconvertito
	190.115	190.000	185.000

BRINDISI			
anno	2015	2017	2025
Numero DEA 2° LIVELLO		1	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Antonio Perrino - Brindisi	59.304	70.000	70.000
Numero DEA 1° LIVELLO		1	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Dario Camberlingo - Francavilla Fontana	17.986	25.000	45.000
Numero PRONTO SOCCORSO		1	0
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Civile - Ostuni	19.877	25.000	-
Numero RICONVERSIONI		3	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Umberto I - Fasano	9.127	riconvertito	
Ospedale San Camillo de' Lellis - Mesagne	8.502	riconvertito	
Ospedale Ninetto Melli - San Pietro Vernotico	8.395	riconvertito	
Ospedale Civile - Ostuni	na	na	riconvertito
	123.191	120.000	115.000

REGIONE PUGLIA
Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE

TABELLA C_QUATER

LECCE			
anno	2015	2017	2025
Numero DEA 2° LIVELLO		1	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Vito Fazzi - Lecce	72.768	90.000	90.000
Numero DEA 1° LIVELLO		3	3
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli	25.289	30.000	45.000
Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	20.103	25.000	-
Ospedale Cardinale Panico - Tricase	37.192	37.000	30.000
Nuovo Ospedale Salento - Maglie/Melpignano			55.000
Numero PRONTO SOCCORSO		3	1
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Francesco Ferrari - Casarano	29.014	20.000	20.000
Ospedale Santa Caterina Novella - Galatina	25.772	20.000	-
Ospedale San Giuseppe da Copertino - Copertino	34.917	20.000	-
Numero RICONVERSIONI		0	3
STRUTTURA	ACCESSI	ACCESSI	ACCESSI
Ospedale Santa Caterina Novella - Galatina	na	na	riconvertito
Ospedale San Giuseppe da Copertino - Copertino	na	na	riconvertito
Ospedale Veris Delli Ponti - Scorrano	na	na	riconvertito
	245.055	242.000	240.000

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti - Sezione Strategia e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO TABELLA D_bis

Provincia	Denominazione	Centrale Operativa 118 di afferenza	N° Accessi Totali Anno	N° Accessi Medi Die	CRONOPROGRAMMA DI RICONVERSIONE ENTRO 31/05/2017 equipe strutturata ore diurne** ed equipe 118 ore notturne**	31/05/2017 riconversione completa con postazione medicalizzata 118 h24	30/09/2017 equipe strutturata ore diurne** ed equipe 118 ore notturne**	30/09/2017 riconversione completa con postazione medicalizzata 118 h24	31/12/2017 riconversione completa con postazione medicalizzata 118 h24
Foggia	PPIT Vico del Gargano	16003	7.124	20	X			X	
	PPIT Vieste	16003	6.916	19	X			X	
	PPIT Torremaggiore	16003	6.785	19	X			X	
	PPIT San Marco in Lami	16003	4.228	12		X			
BAT	PPIT Trani*	16001	9.997	27			X		X
	PPIT Canosa di Puglia*	16001	7.360	20			X		X
	PPIT Minervino Murge	16001	1.504	4		X			
	PPIT Spinazzola	16001	1.382	4		X			
Bari	PPIT Triggiano*	16001	10.975	30			X		X
	PPIT Terlizzi*	16001	10.805	30			X		X
	PPIT Bitonto	16001	5.825	16	X			X	
	PPIT Conversano	16001	3.575	10		X			
	PPIT Gioia del Colle	16001	2.373	7		X			
	PPIT Casamassima	16001	2.226	6		X			
	PPIT Santeramo	16001	2.196	6		X			
	PPIT Giovinazzo	16001	2.171	6		X			
	PPIT Rutigliano	16001	2.101	6		X			
	PPIT Polignano a Mare	16001	2.089	6		X			
	PPIT Castellana Grotte	16001	1.923	5		X			
	PPIT Noci	16001	1.644	5		X			
	PPIT Grumo Appula	16001	1.544	4		X			
	PPIT Ruvo di Puglia	16001	1.508	4		X			
	PPIT Locorotondo	16001	1.507	4		X			
	PPIT Mola di Bari	16001	1.472	4		X			
	PPIT Alberobello	16001	1.427	4		X			
Taranto	PPIT Moscati Statte*	16004	26.290	72			X		X
	PPIT Grottaglie*	16004	18.977	52			X		X
	PPIT Massafra	16004	10.056	28	X			X	
	PPIT Mottola	16004	3.615	10		X			
	PPIT Ginosa	16004	2.628	7		X			
Brindisi	PPIT Mesagne	16005	8.501	23	X			X	
	PPIT Fasano*	16005	8.482	23			X		X
	PPIT San Pietro Vernotic	16005	6.978	19			X		X
	PPIT Ceglie Messapica	16005	6.547	18	X			X	
	PPIT Cisternino	16005	1.965	5		X			
Lecce	PPIT Campi Salentina	16002	3.324	9		X			
	PPIT Nardò	16002	3.816	10		X			
	PPIT Poggiardo	16002	2.326	6		X			
	COMPLESSIVO		204.162	15					

*PPIT di nuova e transitoria istituzione a seguito di riconversione di preesistente presidio ospedaliero dotato di pronto soccorso. Gli accessi sono esclusivamente i codici bianchi e verdi dell'anno 2015.

**ore diurne 8-20, ore notturne 20-8.
La tempistica indicata può essere anticipata a discrezione della direzione strategica della ASL se carenze d'organico e esigenze assistenziali salvavita lo richiedono.

Per le località interessate da intenso e documentato flusso turistico estivo la direzione strategica della ASL può istituire, attingendo agli istituti contrattuali e organizzativi dell'ACN/AIR, punti di contitnuità assistenziale turistica dal 15/06 al 15/09 di ogni anno.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA

PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO
DOTAZIONE DI PARTENZA

TABELLA 1

REGIONE	Popolazione residente al 01/01/2015	Popolazione al 01/01/2015 "pesata"[1]	Posti letto al 01/01/2015[2]			Posti letto per 1.000 ab. (Popolazione "pesata")[3]		
			acuti	post acuti	totale	*acuti*	*post acuti*	*totale*
PIEMONTE	*4.424.467*	*4.880.268*	12.916	4.523	**17.439**	*2,65*	*0,93*	***3,57***
VALLE D'AOSTA	*128.298*	*136.267*	434	91	**525**	*3,18*	*0,67*	***3,85***
LOMBARDIA	*10.002.615*	*10.399.650*	31.108	7.450	**38.558**	*2,99*	*0,72*	***3,71***
BOLZANO	*518.518*	*507.451*	1.687	348	**2.035**	*3,32*	*0,69*	***4,01***
TRENTO	*537.416*	*547.685*	1.522	549	**2.071**	*2,78*	*1,00*	***3,78***
VENETO	*4.927.596*	*5.132.109*	15.084	2.714	**17.798**	*2,94*	*0,53*	***3,47***
FRIULI V.G.	*1.227.122*	*1.366.370*	4.465	402	**4.867**	*3,27*	*0,29*	***3,56***
LIGURIA	*1.583.263*	*1.870.107*	4.793	931	**5.724**	*2,56*	*0,50*	***3,06***
EMILIA ROMAGNA	*4.450.508*	*4.819.529*	15.360	3.511	**18.871**	*3,19*	*0,73*	***3,92***
TOSCANA	*3.752.654*	*4.158.197*	11.195	1.256	**12.451**	*2,69*	*0,30*	***2,99***
UMBRIA	*894.762*	*988.224*	2.764	381	**3.145**	*2,80*	*0,39*	***3,18***
MARCHE	*1.550.796*	*1.689.574*	4.749	978	**5.727**	*2,81*	*0,58*	***3,39***
LAZIO	*5.892.425*	*6.020.234*	17.533	3.869	**21.402**	*2,91*	*0,64*	***3,56***
ABRUZZO	*1.331.574*	*1.418.170*	3.717	674	**4.391**	*2,62*	*0,48*	***3,10***
MOLISE	*313.348*	*339.630*	1.140	284	**1.424**	*3,36*	*0,84*	***4,19***
CAMPANIA	*5.861.529*	*5.523.206*	16.419	1.956	**18.375**	*2,97*	*0,35*	***3,33***
PUGLIA	*4.090.105*	*4.118.505*	11.269	1.435	**12.952**	*2,74*	*0,35*	***3,14***
BASILICATA	*576.619*	*602.275*	1.680	335	**2.015**	*2,79*	*0,56*	***3,35***
CALABRIA	*1.976.631*	*1.991.503*	4.782	996	**5.778**	*2,40*	*0,50*	***2,90***
SICILIA	*5.092.080*	*5.068.123*	14.461	1.938	**16.399**	*2,85*	*0,38*	***3,24***
SARDEGNA	*1.663.286*	*1.734.062*	5.501	374	**5.875**	*3,17*	*0,22*	***3,39***
TOTALE	*60.795.612*	*63.311.140*	**182.831**	**34.991**	**217.822**	***2,89***	***0,55***	***3,44***

Note:

[1]Popolazione pesata: si fa riferimento alla popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

[2]Le informazioni relative alla dotazione di posti letto fanno riferimento ai posti letto anagrafici dei modelli di rilevazione HSP.12 e HSP.13 (D.M. 5 dicembre 2006).
Per posti letto di lungodegenza si intendono quelli afferenti alla disciplina 60 "Lungodegenti".
Per posti letto di riabilitazione si intendono quelli afferenti alle discipline 28 "Unità spinale", 56 "Recupero e riabilitazione funzionale" e 75 "Neuro-riabilitazione".
Per posti letto acuti si intendono tutti i posti letto ad esclusione di quelli di lungodegenza, di riabilitazione e di quelli della disciplina 31 "Nido".
Sono stati presi in considerazione i dati relativi ai posti letto dei reparti censiti con il modello HSP.12 relativo all'anno 2015, per i quali risulta una data di apertura non successiva a gennaio 2015, ed i posti letto delle discipline accreditate censite con il modello HSP.13 (Quadro E) relativo all'anno 2015, per le quali risulta una data di inizio accreditamento non successiva a gennaio 2015.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO TABELLA 2

Tabella 2: Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Selezionare Codice Regione 160 Puglia

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 - D.M. 5 dicembre 2006)	Bacino Massimo	Bacino Minimo	N° Strutture MINIMO	N° Strutture MASSIMO
Cardiochirurgia	07	1	1	3	7
Cardiochirurgia infantile	06	6	4	1	1
Cardiologia	08	0	0	14	27
Chirurgia Generale	09	0	0	20	41
Chirurgia Maxillo Facciale	10	2	1	2	4
Chirurgia Pediatrica	11	3	2	2	3
Chirurgia Plastica	12	2	1	2	4
Chirurgia Toracica	13	2	1	3	5
Chirurgia Vascolare	14	1	0	5	10
Dermatologia	52	1	1	3	7
Ematologia	18	1	1	3	7
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	57	4	2	1	2
Gastroenterologia	58	1	0	5	10
Geriatria	21	1	0	5	10
Grandi Ustionati	47	6	4	1	1
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19	1	1	3	7
Malattie infettive e Tropicali	24	1	1	3	7
Medicina del Lavoro	25	2	1	2	4
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	0	0	14	27
Medicina Generale	26	0	0	27	51
Medicina Nucleare (con posti letto)	61	4	2	1	2
Nefrologia	29	1	1	3	7
Nefrologia (Abilitato al Trapianto Rene)	48	4	2	1	2
Nefrologia Pediatrica	77	6	4	1	1
Neonatologia	62	1	1	3	7
Neurochirurgia	30	1	1	3	7
Neurochirurgia Pediatrica	76	6	4	1	1
Neurologia	32	0	0	14	27
Neuropsichiatria Infantile	33	4	2	1	2
Oculistica	34	0	0	14	27
Odontoiatria e Stomatologia	35	1	0	5	10
Oncoematologia Pediatrica	65	4	2	1	2
Oncologia (con posti letto)	64	1	0	7	14
Ortopedia e Traumatologia	36	0	0	20	41
Ostetricia e Ginecologia	37	0	0	14	27
Otorinolaringoiatria	38	0	0	14	27
Pediatria	39	0	0	14	27
Pneumologia	68	1	0	5	10
Psichiatria	40	0	0	14	27
Reumatologia	71	1	1	3	7
Terapia del dolore (con posti letto)	99	4	3	1	2
Terapia Intensiva	49	0	0	14	27
Terapia Intensiva Neonatale	73	1	1	3	7
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	0	0	14	27
Urologia	43	0	0	14	27
Urologia Pediatrica	78	6	4	1	1
Lungodegenti	60	0	0	27	51
Recupero e Riabilitazione funzionale	56	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Neuro-Riabilitazione	75	1	1	3	7
Allergologia	01	2	1	2	4
Anatomia e istologia patologica	03	0	0	14	27
Immunologia e centro trapianti	20	4	2	1	2
Radiologia	69	0	0	14	27
Radioterapia oncologica	74	1	1	3	7
Tossicologia	42	6	4	1	1
Emodialisi	54	1	0	7	14
Dietetica/Dietologia		1	1	3	7
Direzione Sanitaria di presidio		0	0	14	27
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)		1	0	7	14
Farmacia ospedaliera		0	0	14	27
Farmacologia clinica		N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Fisica sanitaria		1	1	3	7
Genetica medica		4	2	1	2
Laboratorio d'analisi		0	0	14	27
Medicina nucleare (senza posti letto)		1	1	3	7
Microbiologia e virologia		1	1	3	7
Neuroradiologia		2	1	2	4
Oncologia (senza posti letto)		0	0	14	27
Servizio trasfusionale		0	0	14	27
Terapia del dolore (senza posti letto)		1	0	8	14
Day hospital	02	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Angiologia	05	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Medicina sportiva	15	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Medicina legale	27	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Unità spinale	28	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Medicina termale	41	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Pensionanti	67	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Detenuti	97	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Day surgery	98	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta - REGIONE PUGLIA

			Risultati 2014 (rilevati da Agenas)			Risultati 2015		
Indicatore	Valore soglia	Note	N° Strutture entro soglie DM70	N° Strutture Valutate	Osservato	N° Strutture entro soglie DM70	N° Strutture Valutate	Osservato
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con volume di attività ≥75 interventi annui sul totale delle strutture che eseguono interventi di frattura del femore	100%	È prevista una tolleranza del 10% sulla soglia dei volumi di attività prevista dal DM70.	28	34	82,4%	29	36	80,8%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con % di interventi eseguiti entro 2 giorni ≥60% sul totale delle strutture valutate nel PNE.	100%		4	29	13,8%	7	31	22,6%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con volume di attività ≥100 interventi annui sul totale delle strutture che eseguono interventi di colecistectomia .	100%	È prevista una tolleranza del 10% sulla soglia dei volumi di attività prevista dal DM70.	26	40	65,0%	25	45	55,6%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con % di interventi dimessi entro 3 giorni ≥70% sul totale delle strutture valutate nel PNE.	100%		8	28	28,6%	10	30	33,3%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con % di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti ≥60% sul totale delle strutture che ricoverano STEMI.	100%	È prevista una tolleranza del 10% sulla soglia della misura di esito prevista dal DM70.	nd	nd		nd	nd	
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) che eseguono almeno 250 PTCA annue di cui almeno il 30% per STEMI sul totale delle strutture che eseguono PTCA.	100%		15	21	71,4%	14	22	63,6%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con mortalità a 30 giorni dopo BPAC ≤4% sul totale delle strutture che eseguono BPAC	100%	È prevista una tolleranza del 10% sulla soglia della misura di esito prevista dal DM70.	7	8	87,5%	6	8	75,0%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) che eseguono almeno 200 BPAC annui sul totale delle strutture che eseguono BPAC.		È prevista una tolleranza del 10% sulla soglia dei volumi di attività prevista dal DM70.	2	7	28,6%	2	7	28,6%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con volume di attività ≥150 interventi annui sul totale delle strutture che eseguono interventi chirurgici per TM mammella .	100%	È prevista una tolleranza del 10% sulla soglia dei volumi di attività prevista dal DM70.	9	22	40,9%	8	23	34,8%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate con volume di attività ≥500 parti annui sul totale delle strutture che eseguono parti (almeno 10 parti annui).	100%		28	33	84,8%	28	32	87,5%
Proporzione di strutture (pubbliche e private accreditate) con % di cesarei primari ≤25% (strutture con attività ≥1000 parti annui) o ≤15% (strutture con attività <1000 parti annui) sul totale delle strutture valutate nel PNE.	100%		4	31	12,9%	3	32	9,4%

REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITÀ

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

ALLEGATO B

Il presente allegato è composto da

n.49 (quarantanove) fogli

(escluso il presente)

Il Dirigente del Sezione
(dott. Giovanni CAMPOBASSO)

REGIONE
PUGLIA

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

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

PROTOCOLLO OPERATIVO

Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)

(in attuazione del Regolamento regionale n. 14/2015 e della deliberazione di Giunta regionale n. 136 del 23/2/2016)

Elaborato con la collaborazione di: Comitato Punti Nascita Regionale (CPNR), Direttori dei tre centri HUB delle Terapie Intensive Neonatali (T.I.N.) e Direttori delle Centrali Operative 118.

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)

Con deliberazione di Giunta regionale n.

Con deliberazione n. 136 del 23/2/2016, in attuazione dell'Accordo Stato – Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010, concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", la Giunta regionale ha recepito e preso atto delle "Linee di indirizzo sull'organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)", elaborate dal Ministero della Salute e:

a) ha dato mandato al Direttore Generale della Asl di Lecce nonché ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere "OO.RR" di Foggia e "Policlinico" di Bari di rendere operativi entro sei mesi dall'adozione del presente schema di provvedimento, i centri Hub già individuati con il Regolamento regionale n. 14/2015 nell'ambito del sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e il sistema di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM);
b) ha dato mandato alla Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, con il supporto tecnico del Comitato Punti Nascita Regionale, di attuare, entro sei mesi dall'adozione del presente schema di provvedimento, quanto descritto nelle predette Linee guida Ministeriali, con particolare riferimento a:

- ✓ definizione rete "punti nascita" secondo il modello Hub e Spoke, sulla base della rete ospedaliera pugliese, nonché della sussistenza degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici, previsti dall'Accordo Stato – Regioni del 16-12-2010;
- ✓ definizione di specifici protocolli operativi condivisi tra centri Hub e Spoke, in cui tutte le fasi del trasporto materno/neonatale sono adeguatamente progettate e pianificate;
- ✓ fornire indicazioni operative di concerto con la Sezione "Sistemi Informativi e Investimenti in sanità", per l'utilizzo costante e tempestivo dei sistemi informativi sanitari regionali (Edotto e 118) , eventualmente integrati con funzionalità aggiuntive su indicazione del Comitato Punti Nascita Regionale, che consentono di reperire i posti disponibili nelle terapie intensive neonatali e nelle ostetricie di II livello in modo da pianificare il trasporto verso il proprio o altro centro Hub della madre o del neonato ed monitoraggio e la

tracciabilità degli interventi di trasporto in modo da avere disponibile una casistica puntuale.

Il Comitato Punti Nascita Regionale, sulla base delle predette "Linee di indirizzo sull'organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)", in data 12/10/2016 ha approvato il protocollo operativo della Regione Puglia, acquisito altresì il parere favorevole dei Direttori delle Centrali Operative 118. Con nota prot. AOO_151 – 9712 del 10/10/2016 sono state fornite indicazioni ai Direttori Generali dei tre centri HUB, individuati per la gestione del trasporto STEN (ASL Lecce, A.O. Policlinico di Bari e A.O. "OO.RR." di Foggia), al fine di procedere al reclutamento del personale e all'acquisizione delle tecnologie indispensabili per l'avvio del citato trasporto.

Di seguito si riporta il protocollo operativo della Regione Puglia sul trasporto STAM e STEN, approvato in data 12/10/2016.

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Premessa

La gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna e per il neonato.
E' necessario che ad ogni gestante e neonato venga garantito un livello essenziale ed appropriato d'assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica per il controllo dell'evento nascita.
L'offerta quindi dei servizi ospedalieri ostetrici non può prescindere da un'organizzazione a rete, articolata su più livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziale della singola persona ed appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.
La tutela della salute delle donne gravide, e dei loro feti, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche richiedenti trattamenti di livello superiore, è garantita dall'obbligo dell'ostetrico-ginecologo di guardia di accertare clinicamente e strumentalmente gli elementi di rischio materni e/o fetali che indicano l'opportunità di un trasferimento e dall'efficienza di un servizio di trasporto della gravida.
Risulta pertanto di particolare importanza sviluppare un forte coordinamento tra le strutture operative di I e II livello ospedaliere, fortemente integrate con i servizi territoriali specifici esistenti in ciascuna Area Vasta, onde garantire adeguati standard assistenziali su tutto il territorio di riferimento, ferma restando la necessità d'assicurare livelli d'attività tali da garantire la qualità delle prestazioni. E' da ricordare che ciascun livello superiore deve erogare, oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori.
Nessuna azione è ovviamente realizzabile se non ne esistono i presupposti organizzativi.
Appropriatezza ed efficacia, qualità e sicurezza unitamente alla promozione e tutela della salute, sono alla base di tali presupposti.
Adeguare le strutture sanitarie a standard strutturali, tecnologici ed organizzativi adeguati rispetto alle specifiche esigenze di salute ed alle modalità d'erogazione delle prestazioni, significa affermare la cultura della qualità e della sicurezza, secondo riferimenti condivisi dalla società scientifica internazionale. Nello specifico, in ogni punto nascita devono essere garantiti almeno i seguenti livelli operativi:
a) deve essere assicurata l'integrazione fra i servizi e le competenze professionali;
b) devono essere condivise e formalizzate tra ostetrici e neonatologi/pediatri le condizioni di rischio minimo feto/neonatale da riconoscere, individuare e segnalare:

- **Anamnesi materna positiva per:**
  - obesità
  - diabete pre-gestazionale
  - ipertiroidismo/ipotiroidismo non diagnosticato/mal trattato;
  - pregresso taglio cesareo

- **Anamnesi ostetrica attuale positiva per:**
  - età gestazionale > 42 settimane,
  - pre-eclampsia,
  - colestasi.

- **Anamnesi fetale positiva per:**
  - anomalie congenite
  - gravidanza gemellare
  - poliidramnios
  - oligoidramnios
  - grave iposviluppo
  - alterazione patologica del battito cardiaco fetale al momento dell'accettazione in ospedale

- Fattori di rischio intrapartum:
  - liquido amniotico tinto 3 di meconio
  - cardiotocografia patologica in travaglio,
  - corioamniosite clinica • parto operativo vaginale;
  - parto precipitoso.

- **Eventi sentinella intrapartum:**
  - rottura d'utero
  - embolia da liquido amniotico,
  - prolasso di funicolo
  - bradicardia fetale persistente
  - parto podalico non diagnosticato/complicato;
  - distocia di spalle.

c) deve essere preventivamente concordato, formalizzato e costantemente controllato il livello di rischio della gravidanza che può essere assistito nella struttura;

d) deve essere concordata tra ostetrici e neonatologi/pediatri l'accettazione di gravidanze a rischio;

e) il timing del parto a rischio deve essere concordato tra ostetrici e neonatologi/pediatri;

f) devono essere formalizzate le modalità di collaborazione con i centri di riferimento per le patologie di tipo ostetrico non gestibili dall'Unità Operativa;

g) dal momento del riconoscimento delle gravidanze a rischio deve essere programmato l'espletamento del parto presso la struttura idonea a fornire il più adeguato livello di cure;

h) l'attuazione del trasporto della madre con imminenza di parto a rischio presso strutture di livello più avanzato deve avvenire con scelta di tempi, mezzi e personale adeguati;

i) deve essere previsto un programma di coordinamento tra gli Specialisti del centro efferente ed afferente;

j) deve essere formalizzato il ruolo di ciascun operatore all'interno dell'area del parto;

k) devono essere programmati incontri periodici di tipo organizzativo, scientifico e di verifica dell'attività tra tutti gli operatoria sanitari dell'area. Le modalità di assistenza al neonato in sala parto devono essere definite e condivise tra ostetrici e neonatologi/pediatri;

l) devono essere analizzate tramite percorsi di audit almeno le seguenti condizioni di rischio organizzativo:
- Incompleta documentazione delle procedure eseguite;
- Ritardo nella risposta alla chiamata di aiuto;
- Strumentario difettoso (es. cardiotocografo);
- Conflitto tra operatori nella gestione di un caso;
- Errore di somministrazione di farmaco;
- Violazione di linee guida condivise per travagli patologici;
- Parto in casa non organizzato/imprevisto.

TRASPORTI SECONDARI PROTETTI NEL PERCORSO NASCITA

In generale il trasporto secondario, è un evento frequente che coinvolge per un numero elevato di pazienti, il personale sanitario Ospedaliero.

Per Trasporto Secondario Protetto si intende il trasferimento assistito di un paziente critico da un ospedale ad un altro per il ricovero o l'esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici in regime di emergenza/urgenza che non possono essere effettuati dall'ospedale richiedente oppure per necessità logistiche dell'ospedale richiedente.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

INDICAZIONI AL TRASPORTO SECONDARIO

Motivazione della richiesta:

1. Mancanza di posto letto in Terapia Intensiva Neonatale;
2. Assenza di reparto di Terapia Intensiva Neonatale/Punto Nascita;
3. Indagine Specialistica/Diagnostica urgente;
4. Intervento Specialistico urgente;
5. Logistica: intendendosi la necessità di liberare un posto letto per acuti in Terapia Intensiva Neonatale, avendo la stuttura un ulteriore paziente critico per il quale non si possa attuare il trasferimento;
6. Trasporto in utero.

Posto letto:

PL disponibile: se al momento della richiesta uno dei PL di TIN attivati (registrati dalle ASL nell'Anagrafe delle Strutture Sanitarie) non è occupato da un neonato o è occupato da un neonato che può essere spostato in terapia sub-intensiva, al netto di PL prenotato

PL prenotato: se il posto letto è vuoto al momento della chiamata, ma è presente nella struttura o è in arrivo una donna gravida che partorirà presumibilmente entro 24 ore un neonato che con alta probabilità avrà bisogno di un PL di TIN. Qualora un neonato si trovi nella necessità di un trasferimento in emergenza e non si trovi posto libero nelle TIN di riferimento, il protocollo prevede dì occupare il PL prenotato (sarà cura dei medici TIN di avvisare i ginecologi per l'eventuale trasferimento in utero del feto oggetto di prenotazione del suddetto posto). Si considera a questo fine come occupato il posto riservato a neonato in corso di trasferimento, in arrivo da altro Punto Nascita, che avrà bisogno dI un PI di TIN.

Trasporto in utero: poiché il trasporto in utero, con conseguente nascita del neonato a rischio nella struttura di II livello ostetrico-neonatologico, deve essere privilegiato rispetto al trasporto del neonato dopo la nascita, nella definizione dei PL di ostetricia si deve tenere conto che ad ogni posto letto quotidianamente disponibile presso la TIN deve corrispondere pari accoglienza per la gestante che minacci il parto entro 24 ore dal ricovero.

Le ASL con S.C. di Ostetricia e Ginecologia di II livello devono essere in grado di offrire recettività (anche al di là del periodo di ricovero per le esigenze cliniche della donna) alle mamme dei neonati ricoverati in TIN.

Ruolo del servizio territoriale per l'emergenza (118).

Premesso che:

1) la raccomandazione ministeriale auspica soltanto genericamente il coinvolgimento della Centrale Operativa 118;

2) che il 118, in Puglia, non effettua trasferimenti secondari ma si occupa solo di interventi extra ospedalieri in emergenza urgenza;

3) la Rete STAM è di competenza specialistica (Ostetricia);

4) la Rete STEN è di competenza specialistica (Neonatologia);

5) il sistema 118 potrà intervenire nel classico e puro "stato di necessità";

si concorda con quanto, su proposta motivata dai direttori delle Centrali Operative 118 di Puglia, nel documento, fa riferimento al 118 .

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Le Centrali Operative provinciali del 118, nell'ambito della Rete STAM: raccolgono i dati relativi alla disponibilità dei posti in TIN provinciale, tramite le singole TIN che li trasmettono loro giornalmente . In caso di necessità, interfacciandosi con le altre Centrali Operative 118 della Regione, comunicano al richiedente il dato regionale.
Le Centrali Operative provinciali del 118 forniscono supporto logistico attraverso l'invio, previa richiesta motivata e formalizzata, di una ambulanza in assetto VICTOR (1 autista e 1 soccorritore a bordo) nel caso si verifichi, in itinere, avaria del mezzo ospedaliero dedicato al trasporto.
Le Centrali Operative provinciali del 118 **solo in casi che rivestano carattere di eccezionalità**, forniscono supporto logistico attraverso l'invio della stessa tipologia di mezzo, quando si verifichi una emergenza intraospedaliera con una insuperabile difficoltà del presidio ospedaliero a reperire, all'interno dell'intera ASL un ambulanza per il trasporto;

Operatori sanitari del trasporto: gli operatori sanitari STAM sono medici ed ostetriche appartenenti alle UO di Ostetricia e Ginecologia pugliesi. Questi operatori espletano l'attività di trasporto materno per conto dell'ente di appartenenza secondo la normativa contrattuale vigente.

Operatività: Il servizio di trasporto materno, è attivo solamente per trasporti aventi carattere di urgenza, in base alle condizioni cliniche materno/fetali.
Per le gestanti in situazioni al di fuori delle caratteristiche di criticità clinica e/o in emergenza/urgenza, il trasferimento è a carico del reparto inviante.

Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.)
Il trasporto della gravida e del neonato deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali, data l'efficacia che il servizio riveste nel ridurre la mortalità neonatale e gli handicaps.
È accertato che gli esiti neonatali migliorano se la gestante viene trasferita prima del parto a un centro di riferimento che può fornire cure ostetriche adeguate a lei e successivamente al neonato subito dopo il parto.
Il trasporto materno con il feto in utero è quindi da preferire al trasporto neonatale e dovrebbe essere l'obiettivo ideale da perseguire.
L'allontanamento dal luogo familiare dell'assistenza verso un centro di riferimento, generalmente più grande ed inizialmente estraneo, può suscitare ansietà ed apprensione; è quindi fondamentale che la madre e i suoi familiari ricevano un'adeguata informazione sulle situazioni che stanno per affrontare e siano coinvolti attivamente nella decisione del trasferimento e siano supportati dal punto di vista umano e psicologico.
Lo STAM (Servizio di Trasporto Assistito Materno), è la modalità di trasferimento in urgenza di una paziente in gravidanza che necessita di cure a maggior livello di complessità per patologie materne, fetali o entrambe. L'attività di trasporto assistito si applica alle donne gravide che si trovino nella necessità di essere trasferite da un ospedale ad un altro in grado di fornire un livello assistenziale più elevato, per problematiche cliniche inerenti la gravidanza.
Deve essere effettuato con il supporto medico/ostetrico stabilito in base alle condizioni cliniche della diade madre/feto e con mezzi e dispositivi idonei a tale attività.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Questa procedura tende a minimizzare i rischi derivanti dall'espletamento del parto durante il trasporto. L'accurata valutazione pre-trasporto deve comunque tendere ad evitare il più possibile il verificarsi del parto in corso di trasporto.

Il trasferimento verso il Centro di II livello Ostetrico o Neonatale a seconda della patologia emergente (che può essere prevalentemente materna o fetale), viene organizzato sotto la responsabilità del medico richiedente del Servizio di Ginecologia e Ostetricia che ha in carico la paziente.
Alla base del trasferimento dovrà esserci l'accordo tra il medico richiedente ed il medico accettante.

I criteri che definiscono i livelli di assistenza ostetrico/neonatale prevedono:

- **Centro Spoke (I livello) in grado di gestire:**
    - Donne con gravidanze fisiologiche o patologia non complessa;
    - feti di EG > = 34 settimane (i punti nascita attualmente I livello ma ex II livello sono abilitati a trattenere e ricevere in back transport neonati di età gestazionale superiore o uguale a 32-34 settimane quando trattasi di neonati clinicamente stabili ed in accordo con I struttura di II livello)
    - neonati con patologia che non richieda assistenza intensiva
- **Centro Hub (II livello) in grado di gestire:**
    - Donne gravide patologiche
    - feti di EG < 34 settimane (salvo quanto evidenziato per i centri spoke)
    - tutti i pazienti che possano necessitare di assistenza intensiva

L'afferenza ai Centri di Hub è organizzata secondo bacini di utenza territoriali di riferimento. Va segnalato tuttavia che nella Regione Puglia sono previste 9 TIN:

- 5 negli Hub
    - Policlinico _ Bari
    - Ospedale Perrino _ Brindisi
    - Ospedali Riuniti _ Foggia
    - Ospedale Fazzi _ Lecce
    - Ospedale SS. Annunziata _ Taranto
- 4 in Ospedali di I livello:
    - Ospedale Di Venere_ Carbonara di Bari
    - Casa Sollievo della Sofferenza _ San Giovanni Rotondo
    - Ospedale Miulli _ Acquaviva delle Fonti
    - Ospedale Panico _ Tricase

- Le donne affette da patologie che necessitino di gestione multidisciplinare afferiscono a uno dei Centri Hub ad elevata specializzazione sec. la valutazione del centro più adatto, eseguita da ostetrico e neonatologo trasferente, in ragione della patologia materna e fetale.

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

- Le donne i cui feti siano affetti da possibili patologie chirurgiche afferiscono a Policlinico Bari, OO.RR. Foggia, P.O. Fazzi Lecce.
- Le donne i cui feti siano affetti da possibili patologie neurochirurgiche afferiscono a Policlinico Bari e Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR." di Foggia.
- Le donne i cui feti siano affetti da possibili patologie cardiochirurgiche afferiscono a Policlinico Bari.

Trasporto in utero

Generalmente il trasporto dovrebbe essere preso in considerazione quando nell'ospedale locale le risorse per le cure immediate o a venire per la gestante e il suo bambino sono ritenute inadeguate ad affrontare le possibili complicanze.

Lo STAM è un:

➢ **trasporto in Emergenza** se la donna si presenta condizioni cliniche critiche;

➢ **trasporto in Urgenza** se la donna, si presenta in condizioni cliniche patologiche o minaccia un parto a rischio (sia pure non imminente).

Le indicazioni per il trasporto sono duplici:

- Quando la madre o il neonato richiedono competenze e risorse avanzate del centro di II livello;
- Quando ci si aspetta che il neonato può richiedere il ricovero in unità di terapia intensiva neonatale (TIN).

Le indicazioni più frequenti sono:

- Minaccia di parto prematuro prima della 34ma settimana;
- PPROM (rottura delle membrane pretermine) prima della 34ma settimana;
- Sindrome ipertensive gravi e/o altre complicanze legate all'ipertensione;
- Emorragia antepartum;
- Complicanze mediche della gravidanza come il diabete, patologie renali, epatite;
- Gravidanze plurime complicate;
- Iposviluppo fetale grave che può richiedere l'espletamento del parto prima del termine;
- Malformazioni fetali gravi

In situazioni dove si prevedono complicazioni prima del travaglio, è raccomandabile consultare il centro di riferimento per un eventuale trasporto preventivo, in modo da evitare un successivo trasporto in condizioni di emergenza.

Particolare attenzione deve essere posta nella gestione della patologie nelle età gestazionali estremamente basse, come da indicazioni fornite dal Ministero della Salute.

Situazioni cliniche particolari

- Se la donna non risulta trasferibile, sarà trattenuta presso il punto nascita e saranno avviate tutte le pratiche per ritardare il parto e migliorare l'outcome del neonato;
- Se si ottiene tocolisi, la donna sarà rivalutata ed eventualmente riavviata la procedura di trasferimento;
- se il parto risulterà inarrestabile verrà espletato in loco. In questi casi, il medico che ha in carico la paziente preallerta il Trasporto Neonatale STEN.

Controindicazioni al trasferimento :

- codice rosso o viola nel triage ostetrico;
- le condizioni della gestante non sono sufficientemente stabilizzate per il trasporto;
- travaglio attivo con rischio di parto imminente;

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

• metrorragia in atto;
• preeclampsia severa con segni di imminente attacco eclamptico;
• le condizioni per il trasporto sono a rischio.

Questi parti devono avvenire nel centro inviante per l'inaccettabile rischio connesso al trasporto della gravida.

Anche in condizioni ottimali in cui il trasferimento in utero sia efficiente, il trasporto neonatale si rende necessario ogni 1-2 nati su 100 parti in centri sprovvisti di TIN, in quanto non sempre è possibile prevedere la nascita di un neonato a rischio:

• il 30% di patologie ostetriche non sono prevedibili;
• l'1-2% dei neonati necessita di cure intensive o subintensive non prevedibili.

In questo caso viene avviato lo STEN (vedi procedura avviamento STEN in allegato).

Piano di trasporto e modalità operative del trasporto in utero

Gli operatori del centro che richiede il trasferimento e di quelli di riferimento comunicano fra loro in modo diretto:

- il Ginecologo di guardia del centro trasferente contatta telefonicamente il ginecologo di guardia del centro accettante.
- il Ginecologo di guardia del centro accettante contatta a sua volta il Neonatologo.
- il Neonatologo del centro accettante, verificata la disponibilità di assistenza al neonato accetta o rifiuta il trasferimento.
- in caso di rifiuto, il Ginecologo del Centro trasferente contatta progressivamente i Centri di livello superiore delle provincie limitrofe, a tal fine può far riferimento alla CO 118 provinciale per conoscere la ricognizione posti in TIN della provincia o extraprovinciali;
- qualora risulti la totale indisponibilità al trasferimento sarà informata la Direzione Sanitaria dello Presidio inviante, che si farà carico della gestione del rischio ostetrico/neonatologico.

Ruolo del medico richiedente:

- stabilisce la necessità di trasferimento;
- effettua la previsione del rischio di complicanze durante il trasporto per escludere eventuali controindicazioni;
- qualifica lo STAM in base alle condizioni cliniche della paziente in:
- **trasporto in Emergenza** se la donna si presenta condizioni cliniche critiche;
- **trasporto in Urgenza** se la donna, si presenta in condizioni cliniche patologiche o minaccia un parto a rischio.
- ne ottiene il consenso al trasporto
- decide i tempi e la modalità del trasferimento ;
- contatta il Centro HUB;
- decide circa la necessità di personale di accompagnamento
- decide circa la necessità di accompagnamento;

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

- individua il personale necessario al trasferimento, in relazione alle condizioni cliniche della paziente;
- il personale che esegue il trasferimento elettivo è l'Ostetrica esperta e/o il Medico ginecologo;
- In caso di trasferimento urgente il personale è rappresentato necessariamente dall'ostetrica esperta, dal Ginecologo e, se le condizioni lo richiedono, dall'Anestesista;

- in altri casi ancora del neonatologo (in linea di massima se esiste rischio di parto imminente la donna non va spostata; tuttavia è importante prevedere casi in cui sia indispensabile un trasferimento in utero in emergenza, nonostante l'imminenza del parto)

- compila la scheda di trasferimento contenente:
  a) storia clinica;
  b) terapia in corso;
  c) ecografie;
  d) esami eseguiti;
  e) tracciati CTG;
- consegna la documentazione clinica della paziente all'Equipe Trasporto ed invia al Centro HUB ricevente l'eventuale documentazione mancante.

Il mezzo di trasporto deve essere attrezzato adeguatamente per le evenienze come
- il parto,
- l'attacco eclamptico
- l'emorragia del postpartum

Ruolo della Centrale Operativa 118
- Comunica, su richiesta su richiesta del medico richiedente, la disponibilità dei posti letto in TIN provinciale e se necessario, contatta le altre Centrali Operative della Regione:
- in caso di avaria in itinere, del mezzo STAM dedicato, la CO 118 su richiesta motivata offre supporto attraverso l'invio di una ambulanza in assetto VICTOR (autista e soccorritore a bordo) o solo in casi che rivestano carattere di eccezionalità, provvede all'invio della stessa tipologia di mezzo quando si verifichi una emergenza intraospedaliera con una insuperabile difficoltà a reperire per il trasporto un ambulanza della struttura ospedaliera e dell'intera ASL.

Ruolo dei Centri HUB
- Comunicano tempestivamente la disponibilità di posti letto nei casi di variazioni intervenute tra le rilevazioni

Assistenza durante il trasporto
La gestante richiede un'assistenza continua e un supporto psicologico costante:
- informazione sul suo stato di salute,
- i motivi del trasferimento,
- la rassicurazione che la decisione è stata presa per portare a buon fine, in assoluta sicurezza, l'evento parto.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Durante il trasporto è preferibile che la gestante si posizioni sul fianco di sinistra per evitare l'ipotensione supina.
Sia la madre che il feto vanno monitorati durante il trasferimento ad intervalli regolari, in dipendenza della gravità della situazione clinica:

- Attività uterina
- Pressione arteriosa materna
- BCF
- Condizioni generali

Modalità di espletamento del trasporto
Preso atto di quanto esplicitato nella sezione "Ruolo del medico richiedente" si precisa, inoltre:
Trasporto di Urgenza
1. ostetrica.
Il personale dell'equipe sarà messo a disposizione dal Centro Richiedente.

Compiti dell'Equipe Trasporto

- provvede alla stabilizzazione della paziente e/o la completa prima del trasporto
- ne ottiene il consenso al trasporto
- compila la scheda clinica del trasporto
- chiede la documentazione clinica disponibile della paziente
- affida la paziente al medico accettante (MA) trasmettendone le consegne
- può chiedere alla C.O. di preallertare l'Ospedale idoneo più vicino qualora dovessero insorgere complicazioni durante il trasporto.
- **Il trasporto dovrà essere effettuato con ambulanza di proprietà dell'ASL o convenzionata con l'ASL e personale dedicato con procedure interne**.

La richiesta di eventuale supporto alla CO 118 deve essere sempre accompagnata dalla comunicazione di impossibilità all'accompagnamento a firma del medico richiedente.

Attrezzature
Il mezzo di trasporto quando, eccezionalmente per le motivazioni innanzi espresse, messo a disposizione dal 118, disporrà della propria dotazione standard. Sarà cura del centro richiedente fornire agli operatori STAM presidi e farmaci necessari ad integrare le dotazioni ordinarie dell'ambulanza 118.

Criteri di Ospedalizzazione nei casi dì Soccorso e trasporto primario.
In questo protocollo vengono prese in esame, per quanto relativo al Servizio di Emergenza Sanitaria 118, particolari evenienze relative al trasporto primario in urgenza/emergenza di donne gravide con problematiche cliniche inerenti la gravidanza dal domicilio o per quanto di pertinenza del reparto inviante relative al trasporto secondario da ospedali privi di punto nascita e da strutture sanitarie diverse quali PPI, CAP verso le strutture ospedaliere idonee.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

Nel caso di chiamata diretta al Sistema di Emergenza Territoriale 118 da o per utente in stato di gravidanza, l'infermiere operatore di CO118 effettua un Triage, secondo criteri dettati da protocollo di C.O. dedicato, atto a far emergere eventuali segni o sintomi di criticità. In particolare:

- stato di coscienza, problemi respiratori, instabilità di circolo
- epoca gestazionale < alla 34esima settimana
- diagnosi di gravidanza a rischio
- segni e sintomi di parto imminente
- eclampsia/ rilevanti comorbilità/gravidanza plurima
- presenza di gravi patologie nel feto.

Attribuirà, se indicato, il massimo codice di criticità inviando possibilmente un Mezzo di Soccorso Avanzato in assetto MIKE (con Medico, Infermiere, 1 autista e 1 soccorritore). In assenza di una MIKE prontamente disponibile invierà il mezzo di soccorso più vicino INDIA (Infermiere 1 autista e 1 soccorritore) o VICTOR predisponendo un rendez vous col mezzo medicalizzato

Ottenuta conferma della situazione clinica, la CO118, se disponibile ambulanza medicalizzata, darà indicazione per la centralizzazione della paziente presso il DEA di II livello o comunque presso il centro HUB provinciale provvisto di TIN, preferibilmente con posto letto disponibile. Qualora le TIN provinciali risultino sprovviste di posto letto la paziente sarà condotta nel centro HUB territorialmente competente. *(ndr: sarebbe auspicabile prevedere la possibilità dell'accesso diretto nel reparto ricevente previo allertamento dello stesso ad opera del P.S. accettante, come già avviene per la Rete STEMI)*

Seguirà ad opera della CO118 il preallertamento del Pronto Soccorso/ Reparto ricevente

Nel caso di accesso diretto presso un PPIT-SET - 118, l'intervento sarà gestito dal Sistema di Emergenza Territoriale e coordinato dalla CO.

Fanno eccezione le situazioni di emorragia massiva, che per criticità identifica un'emergenza assoluta quoad vitam, che verranno ospedalizzate presso la struttura ospedaliera più vicina per intervento immediato.

Se la paziente gravida accede con mezzo proprio in un ospedale privo di punto nascita, in caso di necessità di trasferimento in emergenza, questo trasferimento sarà curato dal P.S. accettante.

In caso di iniziale travaglio di parto, trattandosi di partoriente priva dell'assistenza minima garantita in un punto nascita, sarà privilegiata la rapidità del trasferimento verso un ospedale attrezzato, accettando anche il rischio nascita durante il trasporto, essendo questo quasi sovrapponibile al rischio del parto in loco.

Trasporto di ritorno

È auspicabile che, in caso di stabilizzazione clinica materna, con possibilità di prosecuzione della gravidanza oltre la 34ma settimana, sia presa in considerazione l'opportunità che la gestante rientri al centro di primo livello, nell'ambiente a lei confidenziale e vicino ai suoi familiari, per l'espletamento del parto. A maggior ragione è auspicabile il ritorno del neonato che ha superato la situazione critica e può ricongiunsi così alla madre con un piano dettagliato di cure stabilito dal centro di riferimento

In allegato:

a) Modulo per il trasferimento in utero;
b) Modulo: "Consenso informato per il trasferimento dall'U.O"

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

MODULO PER IL TRASFERIMENTO IN UTERO

U.O. Ostetricia e Ginecologia

Ospedale di.....

PAZIENTE

Cognome.....Nome.....Data di nascita.....

Ricoverata dal:..... Ore: ..... Trasferita ore:.....

U.M. ..... Epoca Gestazionale .....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO.....

.....

ANAMNESI.....

.....

CONDIZIONI AL MOMENTO DEL TRASFERIMENTO

VISITA OSTETRICA:.....

.....

P.A.....

CARDIOTOCOGRAFIA: accluso | non accluso |

.....

ECOGRAFIA: acclusa | non acclusa |

.....

INDAGINI DI LABORATORIO. acclusi | non acclusi |

Hb	Glic.	Proteinemia	HIV
Ht	Azot	Proteinuria	HBsAG
Plt	Uric.	PCE	HCV
TP	GOT	ND	RW
TTP	GPT	ECG	
Fibrin.	Bil.	Tampone	

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

TERAPIA IN CORSO

Farmaco	Via di somministrazione	Dosaggio

Profilassi RDS Farmaco .....

1° dose data..... ora..... 2° dose data..... ora .....

Allegata fotocopia cartella clinica si ( ) no ( )

Mezzo di trasporto: .....

Equipe di assistenza durante il trasporto (**nome/i operatore/i**):

.....

Trasferimento effettuato previo accordo telefonico con (**indicare MEDICO DEL CENTRO RICEVENTE**):

Dott..... in data.....

MEDICO TRASFERENTE:.....**Firma** .....

Reperibile al n.° tel .....

CONDIZIONI DURANTE IL TRASPORTO.....

.....

Ora di arrivo al centro ricevente.....

Firma Operatore che ha assistito la paz. durante il trasporto.....

A CURA DEL CENTRO RICEVENTE

In data..... alle ore.....Il dott.....
accompagna la Paziente presso il nostro Reparto.
All'accoglienza viene effettuato il triage e successivo ricovero

dal dott.....

Si consegna al medico accompagnatore copia del triage

Firma del medico .....

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

SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM)

CONSENSO INFORMATO PER IL TRASFERIMENTO DALL"U.O .....

ALLA U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA .....

Io sottoscritta

Cognome..... Nome.....

Nata il..... a.....

Dichiaro di essere stata informata della situazione clinica della mia gravidanza caratterizzata da:
.....
.....
.....
.....

acconsento al trasferimento che mi è stato proposto

NON acconsento al trasferimento

La mia firma attesta che:

Ho capito quali sono i problemi venutisi a creare a carico della mia gravidanza

Ho avuto tutte le informazioni che desideravo ed ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche

Data Firma

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)

PROTOCOLLO OPERATIVO
U.O.C NEONATOLOGIA E T.I.N.

A.O.U.C. POLICLINICO-GIOVANNI XXIII BARI – A.O.U.C. OO.RR. FOGGIA – OSPEDALE "V.FAZZI" DI LECCE

PREMESSA

L'esigenza di uno STEN per tutto il territorio regionale è ormai atavica, e, oggi, indifferibile, per cui la Regione Puglia ha individuato le UOC firmatarie di questo documento, quali centri HUB, responsabili dello STEN, con copertura di tutto il territorio regionale.

Per rendere operativo lo STEN, è *conditio sine qua* che, nei centri HUB individuati, siano assicurate le dotazioni organiche, nonché le attrezzature necessarie, per rispondere h24 e 365 giorni all'anno a ogni richiesta.

Per quanto riguarda lo STEN, in primo luogo, giova ricordare che è sempre consigliabile il c.d. *trasporto in utero* della gestante, per far sì che il parto venga espletato laddove vi siano le condizioni ottimali per l'assistenza del neonato, come in caso di prematurità o di malformazioni accertate nel periodo prenatale.
A questo proposito, si rimanda all'organizzazione dello STAM, che prevede il trasferimento della gravida a rischio c/o U.O. di Ostetricia e Ginecologia in P.O., dove siano presenti U.O. di Neonatologia e T.I.N..
Questo trasferimento è a carico del centro trasferente acquisita la disponibilità dei posti letto dalla centrale operativa del 118, sia di Ostetricia che di Neonatologia/T.I.N..
Il trasferimento della gravida a rischio può avvenire solo dopo che il Ginecologo/Ostetrico trasferente abbia dato il nulla osta al trasferimento, abbia, cioè, escluso il rischio di possibile parto in itinere, nel qual caso, previa dichiarazione dello stesso, il parto deve avvenire in loco procedendo successivamente al trasferimento del neonato tramite STEN.
In nessun caso è previsto che il neonatologo accompagni il trasferimento della gravida.
Circa le modalità di accompagnamento e i dettagli della procedura, si rimanda al protocollo STAM.

Ciò premesso, vi sono situazioni in cui la possibilità di trasferimento in utero non è possibile, o la diagnosi di patologia del neonato è successiva (vedi criteri clinici per l'attivazione dello STEN) e, quindi, deve essere assicurato, dopo la nascita e la necessaria stabilizzazione, il trasferimento presso centri adeguati, quali le U.O. di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di quei neonati che necessitano di cure di Centri di II livello.

CRITERI CLINICI PER L'ATTIVAZIONE DELLO STEN

NEONATI DI ETÀ INFERIORE AI 30 GIORNI (da considerare l'età corretta in caso di prematuri) CON LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:
1) distress respiratorio;
2) peso <1.500g;
3) età gestazionale ≤ 34 settimane;

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategia e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

4) asfissia perinatale e necessità di valutazione trattamento ipotermico (*sec. Linee Guida SIN*);
5) cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti;
6) patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
7) malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
8) patologie gravi con compromissione dei parametri vitali.

NOTA BENE: il servizio non dovrà essere attivato al di fuori di queste indicazioni.
I centri di I livello del territorio devono mantenere una autonoma capacità di trasferimento di altra tipologia di neonati, qualora non ricorrano le condizioni descritte.

MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DELLO STEN

Il servizio viene attivato su richiesta del centro trasferente, a nascita avvenuta e a neonato stabilizzato, tramite chiamata alla centrale operativa del 118 (che deve fungere solo da centro raccolta dati sulla disponibilità dei posti letto), che chiama l'HUB di riferimento secondo la tabella che definisce HUB e SPOKE di riferimento, in base alla vicinanza geografica (allegato 1). Dopo la disponibilità di accettazione, il centro SPOKE trasferente prende contatto con il centro HUB per evidenziare le condizioni cliniche del neonato. Il centro HUB quindi:

a. valuta l'adeguatezza della richiesta di attivazione;
b. suggerisce eventuali procedure di stabilizzazione per rendere sicuro il trasporto.

La responsabilità della rianimazione-stabilizzazione del neonato è del centro trasferente.

A questo scopo è necessario prevedere corsi di istruzione/aggiornamento per i centri trasferenti che saranno tenuti dalle UOC HUB, ciascuna per i centri SPOKE di riferimento, nel mese di ottobre 2016.

Per questi corsi si deve prevedere un corrispettivo economico per ciascun HUB, che copra i costi organizzativi e del personale coinvolto.

La prassi prevede che il centro HUB trasporti il neonato presso la propria UOC, salvo che vi sia indisponibilità di p.l. o, eccezionalmente, come in casi di estrema criticità insorta durante il trasporto, ed impossibilità ad un adeguato trattamento terapeutico in ambulanza, si trasporti il neonato presso la UOC di II livello più vicina, previa comunicazione telefonica alla centrale operativa del 118.

Nel caso non siano disponibili p.l. in nessuna UTIN del territorio pugliese, il medico dello STEN deve trasportare il neonato presso il proprio HUB, per la ulteriore stabilizzazione e, solo in una fase successiva valutare, se trasportare il neonato con STEN presso altra UTIN con posto successivamente resosi disponibile.

In caso di concomitanza di chiamata va adottato il punteggio MINT: *"Prediction Model for Retrieved Neonates The Mortality Index for Neonatal Transportation Score (Pediatrics 2004;114;e424-e428)"*

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

Assegnazione del MINT score

peso alla nascita g	< 750	751-1000	1001-1500	> 1500	
	6	2	1	0	
età h	< 1		> 1		
	4		0		
apgar 1'	0	1	2-3	> 3	
	8	6	2	0	
intubato	SI		NO		
	6		0		
pH neonato	< 6.90	6.91-7.10	> 7.10		
	10	4	0		
paO_2mmHg/sat O_2 %	<23/<50		>23/>50		
	2		0		
anomalie congenite	si		no		
	6		0		
			Totale MINT		

In caso di STEN dell'HUB di riferimento, impegnato in altro trasporto, la centrale operativa del 118 dovrà comunicare l'HUB più vicino.

ALL'ARRIVO PRESSO IL CENTRO TRASFERENTE:

il medico dello STEN

- raccoglie le informazioni anamnestiche, cliniche, di laboratorio, strumentali eseguite dal Centro Trasferente in tre copie su apposito modulo (allegato 2) (una ciascuna per centro trasferente, centro ricevente e STEN)
- raccoglie il modulo di consenso al trasporto (allegato 3) da allegare alla cartella dello STEN;
- prende in carico il neonato
- compila correttamente la cartella STEN (allegato 4).
- trascrive le condizioni cliniche del neonato al momento dell'arrivo presso il centro trasferente, le manovre e le terapie eseguite dopo l'arrivo presso il centro trasferente e durante il trasporto.

ALL'ARRIVO PRESSO IL CENTRO RICEVENTE (qualora diverso dal centro del medico dello STEN):

il medico dello STEN

- trasferisce al medico del centro ricevente le informazioni relative al neonato al momento dell'arrivo nel reparto di destinazione, consegnando una copia della cartella STEN (allegato 4) e una copia della relazione del centro trasferente (allegato 2);

- trascrive nella cartella STEN i dati del medico del centro ricevente al quale consegna il neonato

TRASPORTO IN AMBULANZA

Non è consentito ammettere genitori o parenti o altro personale, al di fuori di medico (eventualmente può essere presente il medico in formazione, oltre lo strutturato) e infermiere dello STEN, a bordo dell'ambulanza.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti - Sezione Strategica Governo dell'Offerta REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

DECESSO DEL NEONATO

-In caso di decesso presso il centro trasferente il neonato viene lasciato in loco.
-In caso di decesso a bordo dell'ambulanza il neonato va trasportato nel centro di destinazione.

PERSONALE DELLO STEN

-Trasporto attivato durante il turno 8-20 dal lunedì al sabato:
-un medico e un infermiere professionale della U.O. dedicati al trasporto, tra quelli in servizio, e precedentemente individuati secondo organizzazione di reparto, effettuano il trasporto

-Trasporto attivato durante il turno notturno 20-8 o nei giorni festivi:
-un medico e un infermiere professionale operano in regime di pronta disponibilità, secondo turni preventivamente predisposti su base mensile.

ATTREZZATURE IN DOTAZIONE

È necessario prevedere, in ciascun centro HUB, oltre il personale medico e infermieristico:

1) Ambulanza dedicata al Trasporto Neonatale

2) 2 incubatrici da trasporto.

3) Autista (sempre disponibile)

ALLEGATI

Allegato 1: HUB e SPOKE Puglia
Allegato 2: Modulo informazioni da centro trasferente
Allegato 3: Modulo consenso informato
Allegato 4: Cartella STEN

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

HUB OO.RR. FOGGIA

SPOKE

E.E. C.S.Sofferenza S. Giovanni Rotondo
Ospedale di S. Severo
Ospedale di Cerignola
Ospedale di Bisceglie
Ospedale di Andria
Ospedale di Barletta

HUB A.O.U.C. POLICLINICO BARI

SPOKE

Ospedale "Di Venere" di Bari
E.E. Miulli
Ospedale "S.Paolo" Bari
Ospedale di Putignano *
Ospedale di Corato*
Ospedale di Altamura
Ospedale di Monopoli
C.d.C. S.Maria Bari
C.d.C. Madonnina Bari

Ospedale "SS. Annunziata" di Taranto
Ospedale di Castellaneta
Ospedale di Martina Franca
C.d.C. Bernardini Taranto *

HUB P.O. FAZZI LECCE

SPOKE

Ospedale "Perrino" Brindisi
Ospedale di Francavilla
C.d.C. Salus Brindisi
E.E. Tricase
Ospedale di Casarano*
Ospedale di Gallipoli
Ospedale di Copertino*
Ospedale di Scorrano
Ospedale di Galatina*

***I punti nascita afferenti (attualmente attivi) subiranno modifiche a seguito dell'attuazione del Riordino ospedaliero della Regione Puglia.**

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

PROCEDURA OPERATIVA

ALLEGATO 2 MODULO COMPILATO DAL MEDICO DEL PUNTO NASCITA DA CONSEGNARE AL MEDICO DELLO S.T.E.N. (doppia copia)

Centro trasferente		città
Dati anagrafici del neonato		M F
Dati anagrafici della madre		indirizzo
Dati anagrafici del padre		recapiti telefonici

ANAMNESI OSTETRICA

Gruppo sanguigno test di Coombs numero precedenti gravidanze esito

Travaglio

I giorno ultima mestruazione _____ età gestazionale _____ inizio spontaneo SI ☐ NO ☐ durata: <12 ore ☐ 12-24 ore ☐ >24 ore ☐ febbre: NO ☐ SI ☐ durata: <12 ore ☐ 12-24 ore ☐ >24 ore ☐

monitoraggio BCF:	nella norma ☐	Tachicardia ☐	Bradicardia ☐	Decelerazioni:	Variabili ☐	Precoci ☐
					Scarsa variabilità ☐	Tardive ☐

Rottura delle membrane spontanea	SI ☐ NO ☐	< 12 ore ☐ 12-18 ore ☐ >18 ore ☐	Liquido amniotico	Limpido ☐	Tinto di meconio ☐	Fetido ☐	
				Tinto di sangue ☐	Oligoidramnios ☐	Polidramnios ☐	
				TV x GBS	data		
					esito	Pos	☐
						Neg	☐
						Non noto	☐
					profilassi intrapartum	Completa	☐
						Incompleta	☐
						Non eseguita	☐
				Sierologia materna	(in particolare, HBs Ag ultimo trimestre)		
PROFILASSI MMII:	betametasone I dose II dose						

Parto

					Monoamniotici ☐	Biamniotici ☐
Tipo di parto	Spontaneo ☐	Forcipe ☐	Vacuum ☐	TC di elezione ☐	TC di emergenza ☐	
	Indicazioni al TC:					
	Singolo ☐	Multiplo ☐	Gemello n.____	su tot feti____	Monocoriali ☐	Bicoriali ☐
Situazione	Longitudinale ☐	Traversa ☐	Obliqua ☐	Presentazione:	Vertice ☐	Bregma ☐ Fronte ☐
					Faccia ☐	Podice ☐ Spalla ☐

farmaci in travaglio	Oxitocici	☐
	Tocolitici	☐
	Spasmolitici	☐
	Analgesici	☐
	Antibiotici	☐
	Altri	☐

Dipartimento della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta - REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

PROCEDURA OPERATIVA

	pH arterioso		ABE		iatrati	
Anestesia	NO ☐ SI ☐	Generale ☐ Epidurale ☐	Funicolo:	n° vasi: _____	Prolasso☐ Giri☐	Brevità☐ Nodi☐
Placenta	peso g: _____	aspetto: normale ☐		infartuata ☐	altro:	
Note						

Neonato

inizio respiro regolare (min):..... rianimazione primaria NO ☐ SI ☐

		FIO2	Durata minuti	Note
somministrazione di O2	NO ☐ SI ☐			
ventilazione a PPI con maschera	NO ☐ SI ☐			
ventilazione a PPI con tubo ET	NO ☐ SI ☐			
aspirazione endotracheale	NO ☐ SI ☐	liquido aspirato: limpido ☐ tinto ☐		
massaggio cardiaco	NO ☐ SI ☐			

farmaci ed infusioni	Dosaggio	Via di somministrazione

INDICE DI APGAR	0	1	2	1'	5'
frequenza cardiaca	assente	<100	>100		
movimenti respiratori	assenti	incostanti	pianto valido		
muscolare	flaccido	flessione	movimenti attivi		
naso-faringeo	assente	smorfia	tosse		
colorito	cianosi diffusa	Cianosi periferica	roseo		
			TOTALE		

peso g:	centile:	emissione di meconio NO ☐ SI ☐	emissione di urine NO ☐ SI ☐
profilassi oculare NO ☐ SI ☐	tipo:	vitamina K NO ☐ SI ☐	mg: IM ☐ OS☐
temperatura rettale misurata entro la 1ª ora di vita		screening metabolici NO ☐ SI ☐data	

Assegnazione MINT score

Peso Nascita (g)	> 750	751-1000	1001-1500	> 1500
	5 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐

pH	< 6,90 6,91	7,10 > 7,16	< 6,90 6,91
	10 ☐	4 ☐	0 ☐

Età (ore)	< 1 ora	> 1 ora
	4 ☐	0 ☐

PaO2 mmHg o SatO2 %	<23 o <50%	>23 o >50%
	2 ☐	0 ☐

Apgar a 1'	0	1	2-3	> 3
	8 ☐	5 ☐	2 ☐	0 ☐

Anomalie maggiori congenite	SI	NO
	5 ☐	0 ☐

Intubato	SI	NO
	☐	☐

TOTALE

DECORSO SUCCESSIVO

problemi/esami di laboratorio e strumentali/terapie (se necessario allegare fotocopia della cartella clinica e/o altra documentazione)

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

PROCEDURA OPERATIVA

Indicazioni allo STEN

Pazienti con età inferiore ai 30 giorni con	Distress respiratorio, anche lieve	☐	Cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti	☐
	Peso < 1.500 g	☐	Patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali	☐
	Peso 1.500-2000 g se previsione di patologie anche lievi	☐	Malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali	☐
	Età gestazionale <= 34 sett.	☐	Intubati o con linee infusionali centrali	☐
	Asfissia con necessità di rianimazione avanzata	☐	Alterazione dei parametri vitali	☐

Cognome e nome del medico_____

Firma del medico_____

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

PROCEDURA OPERATIVA

ALLEGATO 3

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRASFERIMENTO *(In doppia copia: una per lo STEN, una per il centro trasferente)*

Il sottoscritto.....

nato a .....il.....

La sottoscritta.....

nata a .....il.....

genitori di..... nato a .....il.....

ricoverato dal .....

presso.....

.....

dichiariamo di essere stati compiutamente informati dal dott.....

che si rende necessario procedere al trasferimento del figlio presso il Presidio Ospedaliero

.....di.....

U.O. di.....

per.....

.....

A questo proposito sono stati rappresentati i potenziali rischi connessi alla fase di trasferimento, inclusi quelli derivanti dal ricorso al mezzo di trasporto che verrà utilizzato ed i rischi che potrebbero derivare a nostro figlio se non lo si sottoponesse al trasferimento. Tali rischi oltre ad essere legati ad eventuali incidenti automobilistici, sono correlati alle difficoltà logistiche dovute ad eventuali procedure terapeutiche indifferibili ed urgenti che si rendessero necessarie durante il trasferimento, che andranno eseguite in spazi ristretti all'interno della autoambulanza.

Abbiamo quindi compreso l'effettiva ragione di tale provvedimento avendo ottenuto un quadro completo e del tutto esauriente della situazione ed avendo ricevuto esaustive e comprensibili risposte alle domande. Consapevoli anche dei rischi e delle difficoltà derivanti dall'eventuale rifiuto al trasferimento ed ai rischi correlati al restare in un Presidio Ospedaliero non fornito, o non avente disponibili in atto attrezzature e tecnologie necessarie per garantire gli accertamenti diagnostici e/o la cura ottimale di nostro figlio.

Quindi liberamente, spontaneamente e in piena coscienza:

ACCONSENTIAMO NON ACCONSENTIAMO al trasferimento.

Luogo e data: .....

Il padre.....

La madre.....

Il Medico

.....

Nel caso in cui si verifichino le condizioni definite dall'art. 316 e/o 317 codice civile il consenso viene sottoscritto da un solo genitore

Il genitore .....

N.B. Allegare Dichiarazione Sostitutiva Atto di Notorietà e Copia Documento di Identità

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

PROCEDURA OPERATIVA

ALLEGATO N 4 CARTELLA STEN

FOGLIO DI TRASPORTO

C. Trasferente	istituto	reparto	medico
C. Ricevente	istituto	reparto	medico

chiamata dal centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	disponibilità posto letto	giorno	mese	anno	ora	min

	Targa mezzo:	identificativo incubatrice:

medico:	infermiere:	autista:	barelliere:

partenza per il centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	arrivo al centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.

sanitario presente al centro trasferente:	pediatra ☐	condizioni del neonato: discrete ☐mediocri ☐gravi ☐critiche ☐deceduto ☐	
	altro ☐		

problemi rilevati	all'arrivo al centro trasferente
	dopo stabilizzazione
	all'arrivo al centro ricevente
orientamento diagnostico dello STEN:	

procedure effettuate dallo STEN	FiO_2	ventilazione manuale	nCPAP	intubazione O.T./ N.T.	ventilazione meccanica	bronco-aspirazione	cateterismo v.o.	acc. vasc. v. periferica	infusione S.G ☐S.F ☐	drenaggio PNX
al Centro trasferente										
durante il trasporto										

terapie effettuate dallo STEN	surfattante	$NaHCO_3$	bolo sol. glucosata	PGE1	tetraidrocortisone	adrenalina
orario di somministrazione dosaggio						

parametri rilevati	temperatura esterna	temperatura incubatrice	temperatura rettale	glicemia	P.A.	pH	PO_2	PCO_2	EB	HCO_3
all'arrivo al CT										
dopo stabilizzazione										
all'arrivo al CR										

parametri rilevati	FC	FR spontanea	SaO_2	Ti/Te	PIP	CPAP/ PEEP	Flusso	Frequenza respiratore	Indagini strumentali
all'arrivo al CT									
dopo stabilizzazione									
all'arrivo al CR									

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti — Sezione Strategica Governo dell'Offerta — REGIONE PUGLIA

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

SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN)

SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZA DEL NEONATO (STEN)

PROCEDURA OPERATIVA

partenza per il centro ricevente	giorno	mese	anno	ora	min.	arrivo al centro ricevente	giorno	mese	anno	ora	min.

condizioni del neonato: migliorate ☐ Invariate ☐peggiorate ☐deceduto ☐

Assegnazione TRIPS score

Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente	Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente
Temperatura (°C)				PAs mmHg			
< 36.1 o > 37.6	8			PAs < 20	26		
36.1 – 36.5 oppure 37.2 – 37.6	1			PAs 20 – 40	16		
36.6– 37,1	0			PAs > 40	0		
Stato respiratorio				**Risposta agli stimoli dolorosi**			
Severo (apnea, gasping, intubato)	14			Nessuna, convulsioni, curarizzazione	17		
Moderato (Fr > 60 e/o SatO2 < 85%)	5			Risposta letargica, pianto assente	6		
Normale (Fr < 60 e/o SatO2 > 85%)	0			Risposta vigorosa, pianto	0		
				TOTALE TRIPS			

NOTE ED EPICRISI

Data_____

Cognome e nome del medico_____ Firma del medico_____

Cognome e nome dell'infermiere_____Firma dell'infermiere_____

Cognome e nome del medico centro ricevente _____Firma del medico ricevente_____

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA

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

Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Puglia

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – REGIONE PUGLIA

INTRODUZIONE

L'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi rapidissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie urgenti. Questo compito richiede un sistema capillare di antenne in grado di fare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato per effettuare le diagnostiche e le terapie che salvano la vita e che promuovono la possibilità di un recupero successivo del paziente verso un'esistenza il più possibile normale. Le attività ospedaliere programmate sono più facili da costruire se la rete ospedaliera soddisfa con tempestività ed efficacia le esigenze dell'emergenza-urgenza.
Il sistema di Emergenza – Urgenza in ambito sanitario rappresenta l'insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di un'emergenza o urgenza. Al sistema afferiscono diversi servizi collegati ed organizzati di strutture ospedaliere ed extraospedaliere tra loro funzionalmente integrate che si articolano in una configurazione a rete composta da:

- centrale operativa, dotata di numero di accesso breve ed unico ("118") su tutto il territorio nazionale, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario, in grado di coordinare il Sistema di Emergenza Territoriale;
- un sistema territoriale che opera nella fase di "allarme" garantendo la modulazione della risposta sanitaria ed assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata;
- un'insieme di servizi e strutture ospedaliere funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati che operano nella fase di "risposta" al fine di garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico, l'adozione di interventi terapeutici adeguati, l'osservazione clinica e l'eventuale ricovero del paziente.

Nel presente documento viene affrontato in maniera organica il sistema di Emergenza – Urgenza della Regione Puglia, nella imprescindibile consapevolezza che una programmazione in questo settore deve necessariamente considerare le ricadute sulla rete ospedaliera dell'elezione e su quella territoriale. L'elemento essenziale del sistema è la reale e continua integrazione tra le tre reti (rete dell'emergenza-urgenza, rete ospedaliera e rete territoriale), che avviene attraverso una programmazione contemporanea e coerente nei tre ambiti creando e favorendo al massimo gli strumenti anche tecnologici e informatici di dialogo, accessibilità e presa in carico, pur mantenendo rigorosamente separata la mission di ciascuna di esse.
A seguito dell'emanazione del **DPR 27 marzo 1992** "*Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei Livelli di assistenza sanitaria di emergenza*", G.U. n. 76 del 31/03/92, si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

passaggio delle offerte di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "Sistema di Emergenza" che vede i diversi soggetti istituzionali, Centrale Operativa (C.O.) 118 e Dipartimenti di Emergenza – Urgenza e Accettazione (DEA) tra loro integrati e cooperanti al fine di garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di emergenza Territoriale 118 e i Pronto Soccorso/DEA che sono le componenti essenziali del complesso sistema dell'emergenza sanitaria. Con la **Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010** e la successiva **Legge Regionale n. 2 del 09/02/2011** si è proceduto all'"*Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di Rientro e di Riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico: Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012*". A seguire con **Delibera di Giunta Regionale n. 1388 del 21/06/2011** sono stati individuati i "*Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012*" , mentre con **Delibera di Giunta Regionale n. 1110 del 05/06/2012** è stato modificato ed integrato il Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n.18 e s.m.i. di "*Riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia*".

Il Sistema dell'Emergenza – Urgenza della Regione Puglia,in considerazione dell'importanza del ruolo che svolge e delle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture ein base all'esperienza maturata in circa 12 anni di attività necessita di un revisione per migliorare ed adeguare il modello assistenziale.Pertanto, la Regione Puglia, con la **Delibera di Giunta Regionale n. 2413 del 10/12/2013**, ha istituito il comitato tecnico-regionale per l'Emergenza – Urgenza con l'obiettivo di formulare una proposta di riorganizzazione e di ottimizzazione della "Rete Emergenza - Urgenza", attraverso la ricognizione dei bisogni e l'analisi dello stato dell'arte, con particolare riferimento all'erogazione di prestazioni volte alla stabilizzazione del paziente critico, all'appropriatezza del ricovero in Ospedale per acuti, alla riduzione del ricorso a strutture specialistiche di II livello e all' efficace collegamento tra strutture ad elevata specialità. Azioni integrate che permetteranno di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza del sistema.

Con le deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016 è stato adottato il Regolamento di riordino ospedaliero, ai sensi del D.M. n. 70/2015 e della Legge di Stabilità 2016, da sottoporre ad approvazione definitiva a seguito dei pareri della competente Commissione consiliare e dei Ministeri affiancanti l'attuazione del Piano Operativo (Ministero della Salute e MEF).

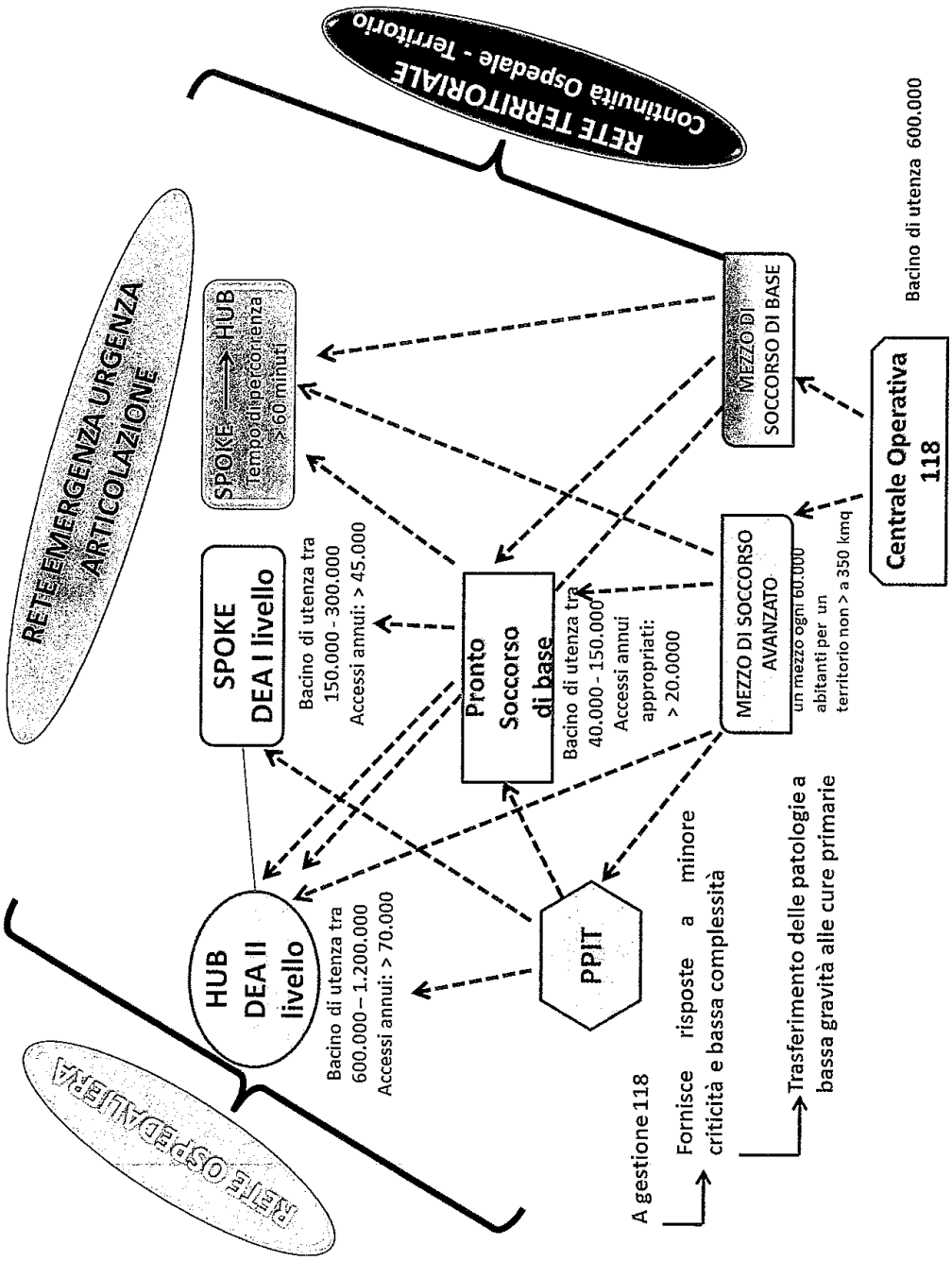
Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

LA NUOVA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE PUGLIA

La rete di Emergenza – Urgenza assume una valenza strategica in quanto ponte fra territorio ed ospedale, un razionale, moderno e capillare sistema di emergenza, uniforme ed integrato a livello regionale e strutturato su base territoriale in grandi aree non può prescindere da una vera e propria ristrutturazione dell'assistenza territoriale, in grado di recepire e gestire una vasta gamma risposte. La **rete della Emergenza – Urgenza della Regione Puglia è** articolata in rete dell'emergenza – urgenza territoriale (postazioni territoriali e Centrali 118) e ospedaliera, in linea con il D.M. n. 70/2015 e la legge di Stabilità 2016. La rete è ridisegnata ponendo fra le sue prime azioni quella dell'istituzione del **Dipartimento regionale interaziendale territoriale 118** come settore unico di riferimento per l'area dell'emergenza – urgenza sanitaria. Il Dipartimento nella sua azione di governo dovrà interfacciarsi sistematicamente e costantemente con il Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti" e con l'Agenzia regionale Sanitaria (ARES) – Area dell'Emergenza – Urgenza.

Criteri utilizzati per la ridefinizione della nuova Rete Emergenza – Urgenza Territoriale ed Ospedaliera:

- **n.1 HUB: ogni 600.000- 1.200.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 70.000 unità;**
- **n.1 SPOKE: ogni 150.000-300.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 45.000 unità;**
- **n. 1 Pronto Soccorso: ogni 80.000-150.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati > di 20.000 unità;**
- **n. 1 Centrale Operativa 118: ogni 600.000 abitanti;**
- **trasformazione dei Punti di Primo Intervento in postazioni medicalizzate di 118.**


RETE TERRITORIALE
Continuità Ospedale - Territorio
RETE EMERGENZA URGENZA ARTICOLAZIONE
SPOKE → HUB
Tempo di percorrenza > 60 minuti
MEZZO DI SOCCORSO DI BASE
Bacino di utenza 600.000
Centrale Operativa 118
SPOKE DEA I livello
Bacino di utenza tra 150.000 - 300.000
Accessi annui: > 45.000
Pronto Soccorso di base
Bacino di utenza tra 40.000 - 150.000
Accessi annui appropriati: > 20.0000
MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO
un mezzo ogni 60.000 abitanti per un territorio non > a 350 kmq
HUB DEA II livello
Bacino di utenza tra 600.000 – 1.200.000
Accessi annui: > 70.000
PPIT
A gestione 118
Fornisce risposte a minore criticità e bassa complessità
Trasferimento delle patologie a bassa gravità alle cure primarie
RETE OSPEDALIERA

LA NUOVA RETE DELL'EMERGENZA –URGENZA OSPEDALIERA

Nel ridisegnare la nuova rete dell'Emergenza – Urgenza ospedaliera si ribadisce, come asse portante dell'organizzazione del soccorso, la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA).

Nella definizione dei centri HUB e SPOKE ed al fine di garantire l'appropriatezza delle complessa gestione dei livelli di assistenza in urgenza si è tenuto conto delle aree considerate impervie o disagiate collegate attraverso una rete viaria complessa che determinano una conseguente dilazione dei tempi.

DEA II LIVELLO HUB		DEA I LIVELLO SPOKE		Pronto Soccorso	
Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete
n. 6	n. 5	n. 7	n. 17	n. 27	n. 11

La classificazione degli HUB e degli SPOKE è stata fatta anche in funzione del ruolo già svolto dal presidio ospedaliero nella gestione delle reti delle patologie complesse "tempo dipendenti", quali il trauma maggiore, lo stemi, il ROSC e l'ictus eleggibile per trombosi.

In questo contesto, "gli organici dedicati e specifici" per l'emergenza ospedaliera dovranno divenire una vera e propria Rete di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, saranno in grado di distribuire le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza. L'individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza dovrà essere inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30/01/98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) ed in linea con gli standard già concordati con le Società Scientifiche di riferimento. Dai centri di eccellenza (DEA zonali e sovrazonali), caratterizzati da elevati livelli tecnologici e competenze di alto livello, si svilupperà una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei PPIT che dovranno essere direttamente collegati allo SPOKE di competenza. Cruciale per la corretta organizzazione della rete ospedaliera è l'adozione di modelli di riferimento (Linee Guida, Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziali, organizzazione per processi) e standard nazionali. Ulteriore elemento che il sistema dell'Emergenza-Urgenza dovrà considerare è l'identificazione di reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale in sinergia con la rete dell'emergenza ospedaliera e territoriale.

STANDARD ORGANIZZATIVO-ASSISTENZIALI DELLE STRUTTURE DI EMERGENZA-URGENZA OSPEDALIERA

DEA II livello (HUB)

Il Pronto Soccorso del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) II livello (HUB) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve (OBI) e di letti per la Terapia Subintensiva (MUSI).

In linea con quanto previsto dal Regolamento sulla *"Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, l'ospedale nel quale è presente il DEA II livello (HUB) deve essere dotato, oltre delle strutture previste per il DEA I livello (SPOKE), anche delle discipline a maggiore complessità, quali cardiologia con emodinamica interventistica H. 24, neurochirurgia, cardiochirurgia e rianimazione cardiochirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica,endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale,servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica) h 24, medicina nucleare e servizio immunotrasfusionale.

La Struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza del DEA II Livello si compone delle seguenti articolazioni organizzative interne:

- triage infermieristico o struttura di accoglienza integrata medico infermieristica;
- area di trattamento dei codici verdi e bianchi;
- area di trattamento dei codici gialli;
- area di trattamento dei codici rossi (sala rossa);
- Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) ed unità di ammissione ospedaliera (almeno 8 posti letto tecnici);
- medicina d'urgenza – subintensiva (almeno 8 posti letto tecnici, di cui 4 monitorati)

DEA I livello (SPOKE)

Il Pronto Soccorso del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) I livello (SPOKE) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari di complessità minore ed intermedia della popolazione, demandando al HUB di riferimento i casi di alta complessità. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve (OB), di cui alcuni monitorati.

In linea con quanto previsto dal Regolamento sulla *"Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, l'ospedale nel quale è presente il DEA I

livello deve essere dotato, con il relativo servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista, delle seguenti specialità:medicina generale, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), pediatria, cardiologia con U.T.I.C., neurologia, dialisi per acuti,endoscopia in urgenza, psichiatria,oculistica, otorinolaringoiatra e urologia. Inoltre, devono essere presenti o disponibili h. 24 i servizi di radiologia con T.A.C. ed ecografia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale.

La Struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza del Dipartimento di I Livello si componedelle seguenti articolazioni organizzative interne:

- triage infermieristico o struttura di accoglienza integrata medico infermieristica;
- area di trattamento dei codici verdi e bianchi;
- area di trattamento dei codici gialli;
- area di trattamento dei codici rossi (sala rossa);
- Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) ed unità di ammissione ospedaliera (almeno n. 8 posti letto tecnici);
- medicina d'urgenza – subintensiva (con n. 4 posti letto monitorati).

Pronto Soccorso di Base

Il Pronto Soccorso di base (PS), deve compiere interventi diagnostico-terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente allo SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

In linea con quanto previsto dal Regolamento sulla *"Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, l'ospedale nel quale è presente il Pronto Soccorso di Base deve essere dotato di Medicina Interna,Chirurgia Generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità H24 di radiologia, laboratorio e emoteca.

Il Pronto Soccorso di Base si compone delle seguenti articolazioni organizzative interne:

- triage infermieristico, obbligatorio oltre i 25.000 accessi / anno;
- area di trattamento dei codici gialli, verdi e bianchi;
- area di stabilizzazione delle emergenze.

Inoltre deve essere dotato di posti letto di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza ed alla media degli accessi.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

CRITERI DI CALCOLO DEL PERSONALE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DI EMERGENZA-URGENZA

PERSONALE MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE ED URGENZA			
STRUTTURA	COEFF. MEDICI	COEFF. INFERMIERI	COEFF. SUPPORTO
PRONTO SOCCORSO	0,20	0,32	0,16
D.E.A.	0,26	0,40	0,20
MODALITA' DI CALCOLO			
N° MEDICI =	5 +	ACCESSI*COEFF./1000	
N° INFERMIERI =	7 +	ACCESSI*COEFF./1000	
N° SUPPORTO =	5 +	ACCESSI*COEFF./1000	
N° AUTISTI =	Num. Ambulanze * ore servizio / 4		

TRIAGE INFERMIERISTICO		
NUM.ACCESSI * 0,12 / DEBITO ORARIO INFERMIERISTICO		
DEBITO ORARIO ANNUO MEDICO	1.433	
DEBITO ORARIO ANNUO INFERMIERISTICO	1.450	

OSSERVAZIONE BREVE		
N° MEDICI =	0,48	* num. Posti letto
N° INFERMIERI =	0,73	* num. Posti letto
N° SUPPORTO =	0,22	* num. Posti letto

	MEDICINA D'URGENZA / SEMINTENSIVA	
	N° MEDICI = 0.6 * num. Posti Letto	
	N° INFERMIERI = 1.46 * num. Posti Letto	
	N° SUPPORTO = 0.44 * num. Posti Letto	

LA NUOVA RETE DEI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO TERRITORIALI (PPIT)

In seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post acuzie oppure in una struttura territoriale, si rende necessario istituire delle postazioni medicalizzate del 118, oppure transitoriamente dei **Punti di Primo Intervento Territoriali (PPIT)**, direttamente affidati al 118. Inoltre, cosi come previsto dal Decreto Ministeriale 2/04/2015, n.70, anche **gli attuali Punti di Primo Intervento (PPI) devono trasformazione in PPIT gestiti funzionalmente e organizzativamente dal Sistema 118**. La trasformazione delle succitate strutture a gestione ospedaliera in PPIT sarà garantita dal rispetto delle norme contrattuali, ovvero dalla sostituzione dei dirigenti medici di AREA 113 attualmente presenti nei Pronto Soccorso e nei PPI con medici convenzionati con le Centrali Operative. I dirigenti medici di Area 113 potranno essere allocati all'interno della rete dell'emergenza-urgenza nelle strutture sanitarie ospedaliere in cui si registrano le maggiori criticità relativamente alla dotazione organica.

L'obiettivo è di trasferire alle cure primarie le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra HUB o SPOKE di riferimento e Distretto mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella delle cure primarie, cosi come previsto.

Il PPIT dispone di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'ospedale di riferimento ed è in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

La sua attivazione permette una razionalizzazione della rete dei Pronto Soccorso, attraverso la riconversione di strutture non in grado di mantenere standard elevati di sicurezza delle prestazioni e, in alcuni casi, può costituire un riferimento sanitario in h. 24 per la popolazione.

È fissato al 31/12/2017 il termine ultimo di riconversione di tutti i Punti di Primo Intervento in postazioni medicalizzate di 118 secondo apposito coronoprogramma.

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

LA NUOVA RETE EMERGENZA – URGENZA TERRITORIALE

In un contesto che vede il territorio ancora non completamente organizzato e al fine di rafforzare l'attuale rete territoriale di soccorso 118 e garantire con appropriatezza complessiva gestionale i livelli di assistenza in urgenza durante la riorganizzazione della rete ospedaliera e favorire l'integrazione con il sistema delle cure primarie, è stato definito **il numero di mezzi primario e secondario in n. 158** tali da assicurare:

- il potenziamento della rete di Emergenza – Urgenza territoriale anche finalizzato alla gestione delle reti delle patologie complesse "tempo-dipendenti", quali il trauma maggiore, lo stemi, il ROSC e l'ictus eleggibile per trombolisi, da definire con dei protocolli tra le Centrali Operative 118 e il Dipartimento regionale interaziendale 118;
- la gestione dei codici bianchi e verdi in sinergia con la continuità assistenziale.

MEZZI DI SOCCORSO- POSTAZIONI RETE TERRITORIALE 118

	Formula AGENAS Fabbisogno di mezzi di soccorso avanzato (A)	[redacted]	Mezzi di soccorso avanzato da integrare nella Rete per la gestione delle patologie complesse (C)	Mezzi di soccorso di base (D)	Mezzi di soccorso complessivi		Automediche
ASL BARI	17	1	21	0	39		14
ASL BT	6	1	5	0	12		4
ASL FOGGIA	18	2	18	2	40		5
ASL TARANTO	9	1	10	4	24		6
ASL BRINDISI	7	1	10	0	18		5
ASL LECCE	11	1	11	2	25		8
TOTALE	68	7	75	8	158		42
	75		83				

Legenda:

MEZZI DI SOCCORSO AVANZATI	MEZZO DI SOCCORSO DI BASE
l'ambulanza medicalizzata –MIKE, con a bordo il medico, l' infermiere, l'autista e il soccorritore	VICTOR, con a bordo i soccorritori.
l'ambulanza - INDIA con infermiere, autista e soccorritore	

Per i **mezzi di soccorso avanzato** (Mike e India) è opportuno definire il loro numero sulla base del fabbisogno definito secondo la formula dell'Agenas, integrato attraverso una redistribuzione delle figure professionali nel territorio finalizzati a migliorare l'efficacia e l'efficienza del servizio. Tale redistribuzione, che si avvierà con l'analisi dello stato dell'arte della dotazione organica del personale della rete 118 e successiva implementazione di uno specifico piano di formazione di

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta REGIONE PUGLIA

competenza dell'Organismo regionale per la Formazione in Sanità, permetterà un aumento a pieno regime dei mezzi di soccorso avanzato (Mike e India) a n. **75 (A+B).**
In riferimento al fabbisogno dei mezzi di soccorso avanzato è necessario applicare un correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolarità difficoltà di accesso e per la gestione delle reti delle patologie complesse "tempo-dipendenti", che sarà garantita dall'integrazione dei mezzi di soccorso avanzato (Mike e India - **C**) con i mezzi di soccorso di base (Victor **-D**) per un numero complessivo di n.**83** mezzi (**C+D**).
Va precisato che il numero di auto mediche previste dalla Deliberazione di Giunta regionale n. 2488 del 15/12/2009 (5xBrindisi, 4xFoggia, 4XBAT, 12xBari, 7xLecce, 5xTaranto) rientrano nel numero complessivo delle postazioni 118 avanzate (Mike e India), con a bordo il personale medico già in servizio del SEUS 118, e non modificano il numero complessivo di ambulanze collocate in ciascun territorio provinciale.

Al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza della rete di soccorso 118 nelle zone limitrofe tra province adiacenti si definiscono, riservandosi la facoltà di integrare nuovi mezzi di soccorso non medicalizzati in tali aree, di seguito i criteri operativi:

1. la Centrale Operativa 118 cui giunge, per criterio di competenza territoriale, la richiesta di soccorso effettua il triage ed assegna il codice colore;
2. nell'impossibilità di garantire il soccorso secondo parametri complessivi di risposta adeguati, la Centrale Operativa 118 competente attiva la Centrale Operativa 118 confinante, chiedendo il supporto;
3. l'infermiere operatore della Centrale Operativa 118 confinate informerà il dirigente medico di turno della richiesta di soccorso da parte della Centrale Operativa territorialmente competente e, sentito il collega della Centrale Operativa limitrofa, disporrà, qualora disponibile, l'invio di uno o più mezzi richiesti;
4. l'infermiere operatore della Centrale Operativa 118 confinante aprirà l'intervento sul software di centrale riportando le informazioni del triage già effettuato dalla Centrale Operativa 118 territorialmente competente che ha richiesto il supporto:
    - codice colore di invio;
    - luogo dell'evento (via/piazza, numero civico, riferimenti);
    - dati del paziente;
    - numero telefonico del chiamante (da riportare nelle note);
    - tipologia del malore;
    - ID emergenza (da riportare nelle note);
5. effettuato il soccorso il paziente viene trasportato:
    - se *critico* (codice di criticità 3, ossia in evidente pericolo di vita), e pertanto necessitante di centralizzazione al DEA I-II livello più vicino;

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti - Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

- se non critico (codice di criticità 1 e 2, ossia, rispettivamente, acuto ma non in potenziale pericolo di vita oppure in potenziale ma non evidente pericolo di vita) al Presidio Ospedaliero di riferimento più vicino rispetto alla Postazione SET 118 intervenuta.

ELISOCCORSO

In riferimento all'elisoccorso si propone, in base ai dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con i mezzi a terra, un servizio che impieghi un numero di mezzi diurni pari a 1 per una previsione di interventi minimi di 600 in media per ogni base anno e un numero di mezzi notturni pari a 1 per una previsione media di 550 interventi anno, così come indicato nel succitato Regolamento sugli standard.

In linea con la normativa internazionale (JAR-OPS 3) e nazionale il servizio di elisoccorso si articola in:

- basi operative HEMS (Helicopter Emergency Medical Service, Servizio Medico di Emergenza con Elicotteri);
- destinazioni sanitarie (ospedali HUB);
- elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;
- elisuperfici a servizio di comunità isolate;
- siti HEMS (Helicopter Emergency Medical Service, Servizio Medico di Emergenza con Elicotteri).

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

LA NUOVA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE PUGLIA
- TABELLA RIASSUNTIVA -

Nelle pagine successive sono riportate la tabella relativa comparativa tra lo stato dell'arte e la nuova Rete dell'Emergenza-Urgenza e quella riassuntiva della nuova Rete articolate entrambi in:

- DEA II livello, DEA I livello e Pronto Soccorso;
- Centrali Operative 118;
- Postazioni/Mezzi di Soccorso 118;
- Sedi transitorie dei PPIT e delle Postazioni/Mezzi di Soccorso 118.

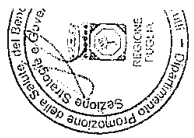
Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti – Sezione Strategia e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

LA NUOVA RETE DI EMERGENZA – URGENZA DELLA REGIONE PUGLIA
- Tabella riassuntiva-

	DEA II LIVELLO HUB		DEA I LIVELLO SPOKE		Pronto Soccorso		Centrale Operativa 118		PPI		PPIT		Postazioni/Mezzi di soccorso 118	
	Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete
Bari	n. 1	n. 1	n. 3	n. 6	n. 8	n. 3	n. 1	n. 1	n. 2	n. 1	n. 13	n. 15	n. 39	n. 39
Foggia	n. 2	n. 1	n. 2	n. 3	n. 2	n. 2	n. 1	n. 1	n. 0	n. 0	n. 5	n. 7	n. 40	n. 40
BT	n. 0	n. 0	n. 0	n. 2	n. 5	n. 1	n. 0	n. 0	n. 2	n. 1	n. 0	n. 3	n. 12	n. 12
Taranto	n. 1	n. 1	n. 0	n. 2	n. 4	n. 1	n. 1	n. 1	n. 1	n. 0	n. 3	n. 3	n. 24	n. 24
Brindisi	n. 1	n. 1	n. 1	n. 1	n. 3	n. 1	n. 1	n. 1	n. 0	n. 1	n. 3	n. 4	n. 18	n. 18
Lecce	n. 1	n. 1	n. 1	n. 3	n. 5	n. 3	n. 1	n. 1	n. 2	n. 0	n. 1	n. 3	n. 25	n. 25
TOTALE	N. 6	N. 5	N. 7	N. 17	N. 27	N. 11	N. 5	N. 5	N. 7	N. 3	N. 25	N. 35	N. 158	N. 158

	TOTALE - STATO DELL'ARTE-	TOTALE - NUOVA RETE-
DEA I + DEA II + PRONTO SOCCORSO	40	33

	TOTALE - STATO DELL'ARTE-	TOTALE - NUOVA RETE-
PPI- PPIT	32	38



LA NUOVA RETE DI EMERGENZA – URGENZA DELLA REGIONE PUGLIA
- Tabella riassuntiva-

	BARI	FOGGIA	BT	TARANTO	BRINDISI	LECCE
DEA II Livello HUB	**N. 1** • Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico,Bari	**N. 1** • Azienda Osp.-Univers. OO. Riuniti, Foggia	**N. 0**	**N. 1** • Osp. SS. Annunziata, Taranto	**N. 1** • Osp. Perrino, Brindisi	**N. 1** • Osp. V. Fazzi, Lecce
DEA I Livello SPOKE	**N. 6** • Osp. S. Paolo, Bari; • Osp. Di Venere, Bari; • E.E. "Miulli", Acquaviva delle Fonti • Casa di Cura privata accreditata CBH • Osp. della Murgia F. Perinei, Altamura • Osp. Umberto I, Corato	**N. 3** • Osp. G.Tatarella, Cerignola • Osp. T. Masselli Mascia, S.Severo • IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo	**N. 2** • Osp. Mons. Dimiccoli, Barletta • Osp. Bonomo, Andria	**N. 2** • Presidio osp. Occid., Castellaneta • Presidio Osp. Valle d'Itria, Martina Franca	**N. 1** • Osp. D. Camberlingo – Francavilla Fontana	**N. 3** • Osp. S. Cuore di Gesù, Gallipoli • Pia Fondazione C. Panico, Tricase • Osp. Veris delli Ponti, Scorrano
Pronto Soccorso	**N. 3** • Osp. Don Tonino Bello, Molfetta • Osp. S. Maria degli Angeli, Putignano • Osp. S. Giacomo, Monopoli[1]	**N. 2** • Osp. S. Camillo De Lellis, Manfredonia; • Ospedale "F.Lastaria" di Lucera (area disagiata)*	**N. 1** • Osp. V. Emanuele II, Bisceglie ;	**N. 1** • Osp. M. Giannuzzi, Manduria.	**N. 1** • Presidio Osp. di Ostuni	**N. 3** • Osp. Ferrari, Casarano • Osp. San Giuseppe, Copertino • Osp. S. Caterina Novella, Galatina

Centrale Operativa 118	**N. 1**	**N. 1**	**N. 0**	**N. 1**	**N. 1**	**N. 1**
PPIT	**N. 17**	**N. 7**	**N. 4**	**N. 3**	**N. 5**	**N. 3**
Mezzi di soccorso secondario di base (Victor) presenti nei PPI/PPIT	**N. 18**	**N. 5**	**N. 4**	**N. 4**	**N. 5**	**N. 5**
Postazioni/ Mezzi di soccorso 118	**N. 39** • Mike: n. 5 • India: n. 34 • Victor: n. 0 Automedica: n. 14	**N. 40** • Mike: n. 16 • India: n. 22 • Victor: n. 2 Automedica: n. 5	**N. 12** • Mike: n. 5 • India: n. 7 • Victor: n. 0 Automedica: n. 4	**N. 24** • Mike: n. 9 • India: n. 11 • Victor: n. 4 Automedica: n. 6	**N. 18** • Mike: n. 6 • India: n. 12 • Victor: n. 0 Automedica: n. 5	**N. 25** • Mike: n. 8 • India: n. 15 • Victor: n. 2 Automedica: n. 8

N.B. 1 Il nuovo ospedale di Monopoli è in costruzione.

SEDI DEI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO TERRITORIALI (PPIT)
E DELLE POSTAZIONI/MEZZI DI SOCCORSO 118

PPIT E POSTAZIONI/MEZZI DI SOCCORSO 118

- SEDI-

ASL BARI				
	POSTAZIONI/MEZZI DI SOCORSO 118			
PPIT n. 17	**Automedica n. 14**	**Mike n. 5**	**India n. 34**	**Victor n.0**
• Alberobello • Altamura** (vecchio presidio ospedaliero) • Bitonto • Casamassima • Conversano • Gioia del Colle • Giovinazzo • Grumo Appula • Locorotondo • Mola di Bari • Noci • Polignano • Rutigliano • Ruvo • Santeramo • Terlizzi • Triggiano	• Acquaviva • Alberobello • Altamura • Bari Di Venere • Bari Giovanni XXIII • Bari Tribunale • Casamassima • Conversano • Gioia • Giovinazzo • Modugno • Monopoli • Noicattaro • Ruvo	• Bari – S. Paolo • Grumo Appula • Mola • Putignano • Triggiano	• Acquaviva • Adelfia • Alberobello • Altamura • Bari – Cto • Bari – Japigia • Bari – Palese • Bari – Policlinico • Bari Di Venere • Bari Giovanni XXIII • Bari P.zza Moro • Bari Tribunale • Bitonto • Casamassima • Castellana • Conversano • Corato • Gioia • Giovinazzo • Gravina • Locorotondo • Modugno • Molfetta • Monopoli • Noci • Noicattaro • Palo del Colle • Poggiorsini • Polignano • Ruvo • Sammichele • Santeramo • Terlizzi • Turi	

ASL FOGGIA				
	POSTAZIONI/MEZZI DI SOCORSO 118			
PPIT n. 7	Automedica n. 5	Mike n. 16	India n. 22	Victor n. 2
• Vieste • San Marco in Lamis • Torremaggiore • Vico del Gargano • Monte S. Angelo • Lucera • Troia/Accadia	• Cerignola • Foggia • Lucera • Manfredonia • San Severo	• Anzano di Puglia • Cagnano Varano • Isole Tremiti • Lesina • Mattinata • Ortanova • Peschici • Rodi • San Giovanni Rotondo • San Marco in Lamis • Sannicandro • Serracapriola • Torremaggiore • Vico del Gargano • Vieste • Zapponeta	• Apricena • Ascoli San Carlo • Ascoli Satriano • Bovino • Candela • Carlantino • Carpino • Casalnuovo • Castellucio Valmaggiore • Cerignola • Foggia-Artigiani • Foggia-Davanzo • Foggia-Don Uva • Foggia-Macchia Gialla • Ischitella • Lucera • Manfredonia • Montesant'Angelo • Motta Montercovino • Orsara • Roseto • S. Severo	• Troia • Volturino

ASL BT				
	POSTAZIONI/MEZZI DI SOCORSO 118			
PPIT n. 4	Automedica n. 4	Mike n. 5	India n. 7	Victor n. 0
• Canosa • Minervino • Spinazzola • Trani	• Andria • Barletta • Trani • Trinitapoli	• Bisceglie • Canosa di Puglia • Margherita di Savoia • Minervino • Spinazzola	• Andria (n. 2) • Barletta (n. 2) • San Ferdinando di Puglia • Trani • Trinitapoli	

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

ASL TARANTO				
	POSTAZIONI/MEZZI DI SOCORSO 118			
PPIT n. 3	Automedica n. 6	Mike n. 9	India n. 11	Victor n. 4
• Ginosa • Massafra • Mottola	• Ginosa • Massafra • Sava • Taranto centro • Taranto sud • Valle d'Itria (San Paolo)	• Castellaneta • Crispiano • Grottaglie • Laterza • Manduria • Mottola • Pulsano • Taranto Moscati • Taranto Talsano	• Avetrana • Ginosa • Ginosa Marina • Martina Franca • Massafra • Montemesola • S. Giorgio • Taranto SS. Annunziata • Taranto V.le Magna Grecia • Torricella • Valle d'Itria	• Palagiano • S. Marzano • Taranto Porto • Taranto Tamburi

ASL BRINDISI				
	POSTAZIONI/MEZZI DI SOCORSO 118			
PPIT n. 5	Automedica n. 5	Mike n. 6	India n. 12	Victor n. 2[1]
• Ceglie Messapica • Cisternino • Fasano • Mesagne • San Pietro Vernotico	• Brindisi Perrino • Fasano • Francavilla • Mesagne • Ostuni	• Brindisi Centro • Ceglie Messapica • Cisternino • S. Pietro Vernotico • S.Vito dei Normanni • Torre S. Susanna	• Fasano • Ostuni • Mesagne • Brindisi Perrino • Francavilla • Speziale • Carovigno • Brindisi Porto • Sandonaci • S. Pancrazio • Latiano • Oria	• Tuturano • Villa Castelli

[1]Postazioni/Mezzi di Soccorso 118 da attivare in base alle esigenze in linea con i criteri operativi previsti nelle zone limitrofe tra province (cfr. pag. 24).

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

ASL LECCE				
	POSTAZIONI/MEZZI DI SOCORSO 118			
PPIT n.3	Automedica n. 8	Mike n. 8	India n. 15	Victor n. 2
• Campi Salentina • Nardò • Poggiardo	• Casarano • Campi Salentina • Gagliano del Capo • Galatina • Lecce Centro • Lecce V. Fazzi • Martano • Scorrano	• Gallipoli • Maglie • Nardò • Otranto • Poggiardo • Tricase • Copertino • Veglie	• Casarano (2) • Campi Salentina • Gagliano del Capo • Galatina • Lecce – piazza S. Oronzo • Lecce V. Fazzi (nuovo) • Lecce V. Fazzi (vecchio) • Lecce- Stadio Litorale • Lecce Spoke • Martano • Nardò • Scorrano • Ugento • Lecce CRI	• Gallipoli • Lecce –Vele • Guagnano[1]

[1]Postazione/Mezzo di Soccorso 118 da attivare in base alle esigenze in linea con i criteri operativi previsti nelle zone limitrofe tra province (cfr. pag. 24).

Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti – Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
REGIONE PUGLIA

BOLLETTINO UFFICIALE
della Regione Puglia

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari
Tel. 080 540 6316 / 6372 / 6317 - Fax 080 540 6379
Sito internet: http://www.regione.puglia.it
e-mail: burp@pec.rupar.puglia.it - burp@regione.puglia.it

Direttore Responsabile **Dott.ssa Antonia Agata Lerario**

Autorizzazione Tribunale di Bari N. 474 dell'8-6-1974
GrafiSystem s.n.c. - 70026 Modugno (Ba)