

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE ABRUZZO

PARTE I, II, III, IV - L'AQUILA, 9 GIUGNO 2004 -

DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Corso Federico II, n. 51 - 67100 L'Aquila - Telefono (0862) 3631 (n. 16 linee urbane); 364662 - 364690 - 364660 - Fax 364665

PREZZO E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO: Canone annuo: € 77,47 (L. 150.000) - Un fascicolo: € 1,29 (L. 2.500) - Arretrati, solo se ancora disponibili € 1,29 (L. 2.500)

Le richieste di numeri mancanti non verranno esaudite trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione.

INSERZIONI: La pubblicazione di avvisi, bandi, deliberazioni, decreti ed altri atti in generale (anche quelli emessi da organi regionali) per conto di Enti, Aziende, Consorzi ed altri Soggetti è effettuata a pagamento, tranne i casi in cui, tali atti, attengano l'interesse esclusivo della Regione e dello Stato. Le richieste di pubblicazione di avvisi, bandi, ecc. devono essere indirizzate, con tempestività, esclusivamente alla Direzione del Bollettino Ufficiale, Corso Federico II, n. 51 - 67100 L'Aquila - Il testo da pubblicare, in duplice copia, di cui una in carta da bollo (tranne i casi di esenzione), deve essere inviato unitamente alla ricevuta del versamento in c/c postale dell'importo di € 1,81 (L. 3.500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per titoli e oggetto che vanno in neretto e di € 1,29 (L. 2500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per il testo di ciascuna inserzione. Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo "dalla data di pubblicazione sul B.U.R.A.".

Tutti i versamenti vanno effettuati sul ccp n. 12101671 intestato a: Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila.

AVVERTENZE: Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo si pubblica a L'Aquila e si compone di quattro parti: a) nella parte prima sono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti dei Presidenti della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali - integralmente o in sintesi - che possono interessare la generalità dei cittadini; b) nella parte seconda sono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione; c) nella parte terza sono pubblicati gli annunci e gli altri avvisi di interesse della Regione o di terzi la cui inserzione - gratuita o a pagamento - è prevista da leggi e da regolamenti della Regione e dello Stato (nonché quelli liberamente richiesti dagli interessati); d) nella parte quarta sono pubblicate per estratto i provvedimenti di annullamento o di rinvio del Comitato e delle Sezioni di controllo sugli atti degli Enti Locali. - Nei Supplementi vengono pubblicati: gli atti riguardanti il personale, gli avvisi e i bandi di concorso della Regione, le ordinanze, i ricorsi depositati, le sentenze e le ordinanze di rigetto, relative a questioni di legittimità costituzionale interessanti la Regione, nonché le sentenze concernenti l'ineleggibilità e l'incompatibilità dei Consiglieri Regionali. In caso di necessità si pubblicano altresì numeri Straordinari e Speciali.

SOMMARIO

Parte I

Leggi Regolamenti ed Atti della Regione

ATTI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 5.04.2004, n. 198:
Piano di sorveglianza epidemiologica per le encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) - Regione Abruzzo - Interventi urgenti. Pag. 3

DELIBERAZIONE 5.04.2004, n. 205:
Preso d'atto delle linee guida per l'autismo - Regione Abruzzo. Pag. 7

DETERMINAZIONI

DIREZIONE SANITÀ
*SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA*

DETERMINAZIONE 7.05.2004, n. DG1/12:
Elenco dei Medici di Guardia Medica, Emergenza sanitaria territoriale e Medicina dei servizi idonei all'inquadramento nel ruolo Medico del Servizio Sanitario Nazionale. Pag. 20

Parte III

Avvisi, Concorsi ed Inserzioni

DIREZIONE SANITÀ
*SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA
AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA*

- Comunicato - Elenco ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, di continuità assistenziale (D.P.R. 270/00) individuati al 1° marzo 2004. Pag. 22

- Comunicato - Incarichi vacanti di continuità assistenziale - Schema di domanda. Pag. 26

PARTE I

LEGGI, REGOLAMENTI ED ATTI
DELLA REGIONE

ATTI

DELIBERAZIONI DELLA
GIUNTA REGIONALE

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 5.04.2004, n. 198:

Piano di sorveglianza epidemiologica per le encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) - Regione Abruzzo - Interventi urgenti.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il D.P.R. 8 febbraio 1954, n. 320 "Regolamento di polizia veterinaria";

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";

Visto il D.Lgs. 18 aprile 1994, n. 286 "Attuazione delle direttive 91/497/CEE e 91/498/CEE concernenti problemi sanitari in materia di produzione ed immissione sul mercato di carni fresche" e successive modifiche;

Vista l'Ordinanza del Ministero della Sanità 28 luglio 1994 "Misure di protezione per quanto riguarda la BSE e la somministrazione, con la dieta, di proteine derivate da mammiferi" e successive modifiche;

Vista la Legge 21 ottobre 1996, n. 532 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 8 agosto 1996, n. 429, recante po-

tenziamento dei controlli per prevenire l'encefalopatia spongiforme bovina;

Visto il Decreto Ministero della Sanità 8 aprile 1999 "Norme per la profilassi della scrapie negli allevamenti ovinì e caprini"

Visto il D.Lgs. 13 aprile 1999, n. 123 "Attuazione della direttiva 95/69/CE che fissa le condizioni e le modalità per il riconoscimento e la registrazione di taluni stabilimenti ed intermediari operanti nel settore dell'alimentazione degli animali" e successive modifiche;

Visto il D.Lgs. 22 maggio 1999, n. 196 "Attuazione della direttiva 97/12/CE che modifica e aggiorna la direttiva 64/432/CEE relativa ai problemi di polizia sanitaria in materia di scambi intracomunitari di animali delle specie bovina e suina;

Visto il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419";

Vista la Legge Regionale 2 luglio 1999, n. 37 "Piano Sanitario Regionale 1999-2001";

Vista la Legge Regionale 24 dicembre 1996 n. 146 recante "Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria», come modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517";

Visto il Decreto Ministeriale (Politiche Agricole - Sanità) 14 dicembre 1999 "Programma coordinato di controllo nel settore dell'alimentazione animale";

Visto il Decreto Ministero Sanità

7.1.2000 “Sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica della encefalopatia spongiforme bovina (BSE)” e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il Regolamento CE 1760/2000 del 17 luglio 2000 che istituisce “un sistema di identificazione e di registrazione dei bovini e relativo all’etichettatura delle carni bovine e dei prodotti a base di carni bovine e che abroga il Regolamento CE n. 820/97 del Consiglio”;

Vista l’Ordinanza Ministero Sanità 13 novembre 2000 “Misure urgenti in materia di encefalopatie spongiformi trasmissibili relative alla gestione e allo smaltimento del materiale specifico a rischio”;

Vista l’Ordinanza Ministero Sanità 17 novembre 2000 recante “Modificazione dell’Ordinanza Ministeriale 28 luglio 1994 concernente «Misure di protezione per quanto riguarda l’encefalopatia spongiforme bovina e la somministrazione, con la dieta, di proteine derivate da mammiferi”;

Visto il Decreto Ministero della Sanità 29 settembre 2000 recante “Misure sanitarie di protezione contro le encefalopatie spongiformi trasmissibili”;

Visto il Decreto-Legge 21 novembre 2000 n. 335 “Misure per il potenziamento della sorveglianza epidemiologica della encefalopatia spongiforme bovina” convertito in Legge, con modificazioni, dall’art. 1 della L. 19.01.2001 n. 3;

Visto il Regolamento CE n. 999 del 22 maggio 2001 recante “Disposizioni per la prevenzione, il controllo e l’eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi trasmissibili”;

Visto il Regolamento CE 29/06/2001 n°

1326 che introduce misure transitorie per consentire il passaggio al Reg. CE n. 999/2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l’eradicazione di alcune TSE e ne modifica gli allegati VII e XI e che abroga la decisione della Commissione UE del 29.06.2000 n. 2000/418/CE;

Visto il Reg. CE del 22.06.2001 n. 1248 che modifica gli allegati III, X e XI del Reg. CE 999/2001 in materia di sorveglianza epidemiologica e test per le TSE trasmissibili e che abroga la Decisione 2000/764/CE del 29 novembre 2000;

Visto il Reg. CE 10/07/2003 n. 1234 che modifica gli allegati I, IV e XI del Reg. CE n. 999/2001 e Reg. CE 1326/2001 relativo alle TSE e all’alimentazione degli animali e revoca la Decisione 2000/766/CE del 4 dicembre 2000;

Vista l’Ordinanza Ministero della Salute 27 marzo 2001 “Misure sanitarie di protezione contro le encefalopatie spongiformi trasmissibili” e successive modificazioni;

Viste le note del Ministero della Salute nn. 600.8/BSE/160 e 600.8/508/9 rispettivamente del 13 novembre 2001 e 7 febbraio 2002 recanti all’oggetto “sorveglianza epidemiologica della BSE al macello” e “gestione del materiale specifico a rischio/linee-guida”;

Viste le note del Ministero della Salute nn. 600.6/BSE/55 e n. 6500.6/BSE/358 rispettivamente dell’8 gennaio 2002 e del 1 febbraio 2002, riferite alla sorveglianza scrapie anno 2002;

Vista altresì la nota del Ministero della Salute n. 600/SCR/4094 del 29 ottobre 2003, avente ad oggetto “Effettuazione di test rapidi su ovini abbattuti nell’ambito delle misure di eradicazione dei focolai di Scrapie”;

Visto il programma regionale di sorveglianza epidemiologica per le Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE) di cui alla D.G.R. 11.10.2000 n. 1289, modificato mediante il Programma dei Controlli Integrativi per TSE - Anno 2001, allegato alla Deliberazione di G.R. n. 174 del 19 marzo 2001;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 331 del 22 maggio 2002;

Vista l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 40 del 27.09.2000 - per quanto applicabile - avente ad oggetto "Morte degli animali, smaltimento delle spoglie e degli Organi Specifici a Rischio";

Atteso che - a partire dal 1° gennaio 2001 - è stato reso obbligatorio effettuare test rapidi per la BSE sugli animali delle categorie individuate dalle specifiche disposizioni;

Ritenuto altresì indispensabile adottare il Programma di indagine epidemiologica per gli ovi-caprini, riferito alla scrapie;

Ritenuto inoltre necessario dare maggior impulso ai controlli su tutta la filiera degli alimenti per animali (mangimistica);

Vista la L.R. 14 settembre 1999, n. 77 "Norme in materia di organizzazione e rapporti di lavoro della Regione Abruzzo";

Preso atto del parere favorevole espresso dal Dirigente del Servizio in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente provvedimento ed alla sua legittimità rispetto alla vigente normativa;

Ravvisata l'urgenza e la indifferibilità delle misure contenute nel presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa che si intendono qui integralmente trascritte:

1. di approvare le integrazioni al Piano di Sorveglianza per l'Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE) della Regione Abruzzo, di cui all'allegato "A" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione;
2. di approvare le modifiche al Piano Regionale di sorveglianza della Scrapie della Regione Abruzzo, di cui all'allegato "B" che forma parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione;
3. di approvare le modifiche al Piano Regionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale della Regione Abruzzo, di cui all'allegato "C", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. per la copertura finanziaria delle attività di cui ai precedenti punti 1), 2) e 3) si farà fronte con la quota del Fondo Sanitario Nazionale assegnata alla Regione Abruzzo per l'anno in corso;
5. di impegnare e finalizzare, pertanto, la somma di Euro 361.520,00 sul Cap. 81501 del Bilancio regionale dell'anno in corso, che presenta la necessaria disponibilità; per gli anni successivi si provvederà con analogo finanziamento, per la durata dei piani di sorveglianza epidemiologica;
6. le risorse finanziarie di cui al punto precedente - sulla base dei compiti attribuiti a ciascuna A.U.S.L., all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise ed al Servizio Veterinario Regionale - vengono ripartite per le attività di cui

ai punti 1), 2) e 3), secondo una stima proporzionata alla consistenza del patrimonio zootecnico nel territorio, del numero degli allevamenti, degli animali

adulti macellati e degli ulteriori dati in possesso del Servizio Veterinario Regionale, nella maniera specificata nella seguente tabella:

BSE - SCRAPIE

Servizio Veterinario	AUSL	Avezzano Sulmona	Chieti	Lanciano Vasto	L'Aquila	Pescara	Teramo	IZS e REGIONE	TOTALI
Sanità Animale		€ 17.494,08	€ 13.240,41	€ 23.596,14	€ 16.378,92	€ 34.310,27	€ 63.345,13		€ 168.364,95
Igie. Prod. Comm Trasp. Alim. O.A.		€ 10.636,00	€ 3.279,63	€ 6.637,54	€ 10.143,21	€ 8.845,73	€ 26.564,44		€ 66.106,55
Igiene Allevam. Produz. Zootecn.		€ 7.937,76	€ 6.331,26	€ 10.916,59	€ 7.127,03	€ 16.027,83	€ 29.644,63		€ 77.985,10
Formazione e aggiornamento								I.Z.S. € 10.329,14	€ 10.329,14
Raccolta aggregaz. ed Analisi dei dati								REGIONE € 38.734,27	€ 38.734,27
Totali parziali		36.067,84	22.851,30	41.150,27	33.649,16	59.183,83	119.554,20	49.063,41	361.520,00

7. di incaricare i Direttori Generali delle AA.UU.SS.LL. - entro gg. 40 dall'approvazione del presente provvedimento - a trasmettere al Servizio Veterinario Regionale i programmi che i Responsabili dei Servizi Veterinari interessati avranno predisposto, in ragione dei quali saranno assegnate le risorse di cui al prospetto sopra riportato; analogamente, l'Istituto Zootecnico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise di Teramo - entro i termini medesimi - provvederà a trasmettere il Programma di formazione/aggiornamento da realizzare;

8. l'attività di cui ai punti 1), 2), e 3) potrà essere realizzata mediante specifici progetti obiettivi previsti dalle norme contrattuali; in ogni caso deve essere garantita almeno la realizzazione del 35% delle attività precisate come compito di istituto, senza ulteriore retribuzione;

9. al Servizio Veterinario Regionale viene affidato l'incarico di approvare i programmi di cui al precedente punto 7); lo stesso viene incaricato di adottare le misure correttive che si rendessero eventualmente necessarie nel corso di attuazione dei piani di cui ai punti 1), 2) e 3);

10. per la realizzazione del Piano di sorveglianza per le TSE, la Regione si riserva, avendone la disponibilità, di finalizzare ulteriori risorse nell'ambito di specifici progetti-obiettivi;

11. qualora i servizi territoriali delle AA.UU.SS.LL. o degli altri enti pubblici e privati non dovessero ottemperare alle disposizioni impartite, il Servizio Veterinario della Direzione Sanità della Regione è chiamato ad adottare tutte le misure del caso; ovvero: vicariando e/o commissionando agli enti inadempienti o avvicen-

- dando i soggetti responsabili, con conseguente sottrazione delle risorse e - per il buon esito dei piani - affidamento dell'incarico ad altri Enti pubblici o privati in grado di assicurare lo svolgimento delle attività in parola. La mancata realizzazione dei programmi comporterà - per il Servizio Veterinario della ASL o dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale - il "non raggiungimento" degli obiettivi da parte dei dirigenti interessati, con conseguente segnalazione al nucleo di valutazione interna ed al Direttore Generale dell'Ente;
12. le Aziende UU.SS.LL., per lo svolgimento delle operazioni previste ai precedenti punti 1), 2) e 3), possono avvalersi del supporto di Medici Veterinari libero-professionisti appositamente incaricati, autorizzati e regolarmente iscritti all'Albo Regionale dei Medici Veterinari riconosciuti, o a contratto, secondo le vigenti disposizioni (D.Lgs. 229/99), assicurando loro un compenso di Euro 20,66 - onnicomprensive di spese ed oneri - per ogni allevamento controllato (bovino, ovino, caprino) secondo le indicazioni già fornite dalla Regione;
13. per l'assolvimento delle mansioni attribuite al Servizio Veterinario Regionale (raccolta, aggregazione, analisi dei dati ecc.) - permanendo la grave carenza di organico ed in attesa dell'espletamento delle procedure concorsuali - si farà fronte mediante specifici incarichi e/o prolungamento di ulteriori sei mesi degli incarichi ai medici veterinari già precedentemente attribuiti con provvedimenti Dirigenziali, utilizzando parte delle risorse ad esso assegnate. In tal caso, resta inteso che sarà il Dirigente del Servizio stesso a curare e coordinare le attività in parola;
14. il Dirigente del Servizio Veterinario della

Direzione Sanità della Regione, è incaricato di adottare gli atti amministrativi connessi alla presente Deliberazione, ivi compresa la liquidazione dei fondi agli aventi diritto, previa verifica delle attività svolte;

15. per quanto non espressamente previsto nei Piani allegati, si faccia riferimento alle disposizioni vigenti in materia ed ai relativi provvedimenti regionali;
16. di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.A. (Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo).

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 5.04.2004, n. 205:

Presa d'atto delle linee guida per l'autismo - Regione Abruzzo.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art.12 bis - del D.L.vo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, riguardante i Programmi di Ricerca del Piano Sanitario Nazionale, realizzati con somme a destinazione vincolata assegnate dal Ministero della Salute, sentita la Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria, che al punto f) del comma n.4 recita che la Ricerca scientifica "favorisce... l'implementazione delle linee-guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici per l'autovalutazione dell'attività degli Operatori, la verifica e il monitoraggio dei risultati conseguiti";

Rilevato che con nota n. DGR SVE/CRS/A.1 2002/1645 del 24/10/2002, il Ministero della Salute ha comunicato, fra gli altri, l'approvazione del Programma e la

conseguente ammissione al finanziamento del Progetto di Ricerca – anno 2002 di che trattasi proposto dalla Regione Abruzzo dal titolo *“La Valutazione dei Servizi e dei Programmi di abilitazione psico-educativa per bambini e adolescenti artistici”*;

Considerato che l’indagine conoscitiva “sull’Autismo” in esame è stata effettuata con appositi *“Questionari”* su tutto l’ambito regionale da parte di professionisti esperti delle ASL d’Abruzzo, nell’anno 2003, e che a conclusione dei lavori della ricerca il Gruppo di esperti, coadiuvato dal Servizio “Assetto Istituzionale ed Organi Collegiali” della Direzione Sanità, a seguito di appositi incontri, ha redatto *“Le Linee Guida per l’Autismo – Regione Abruzzo”* e che pertanto, *dato il valore delle stesse è necessario prenderne atto* per poterle pubblicare e pubblicizzare per tutti i Servizi competenti delle ASL d’Abruzzo, al fine di migliorare le risposte alle necessità delle persone affette da autismo;

Ritenuto pertanto di dover prendere atto delle *“Linee Guida sull’Autismo Regione Abruzzo”* - di che trattasi, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Dato atto che sulle regolarità - tecnica e amministrativa, nonché sulla legittimità del presente atto - è stato acquisito il parere favorevole del Dirigente del Servizio “Assetto Istituzionale ed Organi Collegiali” e del Direttore Regionale della Direzione “Sanità”;

Rilevato che il presente provvedimento non è soggetta a controllo ai sensi della L. 127/1997;

A voti espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in narrativa:

- di prendere atto delle *“Linee Guida sull’Autismo – Regione Abruzzo”* - parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. Speciale, con congruo numero di copie (n.1000) da trasmettere alla Direzione Sanità per il seguito di competenza.

LINEE GUIDA PER L'AUTISMO – REGIONE ABRUZZO

Le linee guida consistono in una serie di indicazioni, raccomandazioni e/o suggerimenti che si pongono come punti di riferimento per genitori e/o operatori di vario livello (medici di famiglia, pediatri di base, neuropsichiatri infantili, psicologi, terapisti, educatori, etc.). Tali indicazioni, raccomandazioni e/o suggerimenti sono ricavati facendo riferimento alla letteratura internazionale e possono riguardare uno specifico aspetto di una situazione patologica o per contro aspetti più generali. Le linee guida rappresentano strategie comunemente e generalmente accettate per la gestione e la presa in carico, che aiutano il clinico e il paziente (o la sua famiglia) nel processo decisionale. L'adozione delle raccomandazioni espresse all'interno di tali Linee Guida in termini di diagnosi e di trattamento non esclude la possibilità (talvolta l'opportunità) che, sulla base della valutazione del singolo caso, si possano di volta in volta prendere decisioni alternative alle raccomandazioni prescritte, basate sulla considerazione di specifiche circostanze e variabili coinvolte in quel caso, purché si adottino metodologie e procedure ragionevoli. Le linee guida rappresentano inoltre dei parametri di riferimento temporanei, destinati ad essere periodicamente modificati e aggiornati, sulla base dei progressi tecnologici e dell'avanzamento delle conoscenze scientifiche disponibili sull'argomento. Queste linee guida affrontano soprattutto gli aspetti di organizzazione e di gestione sanitaria delle problematiche connesse alla patologia autistica in quanto per le raccomandazioni tecniche-operative per gli operatori dei servizi territoriali si rinvia alle linee guida per l'autismo recentemente stilate a livello nazionale dalle società scientifiche con cui il presente documento è interconnesso.

PREMESSA

L'autismo è un disturbo cronico dello sviluppo ad esordio nella prima infanzia che colpisce la capacità di comunicare ed interagire con gli altri. Si manifesta in un range di gravità da moderato a severo e comporta in ogni caso nelle persone che ne soffrono una significativa compromissione dello sviluppo della maggior parte delle funzioni mentali con la conseguenza di una grave disabilità. Questo inquadramento supera la visione dell'autismo come disturbo principalmente affettivo e relazionale, facendo emergere l'espressione di una patologia neuropsichiatrica ad andamento cronico e fortemente disabilitante.

La compromissione della capacità di conoscere l'altro, di rappresentarsi mentalmente l'altro (con le sue emozioni, desideri ed intenzioni) e di rappresentare se stessi in rapporto all'altro, costituisce un nodo patogenetico cruciale che differenzia l'autismo dal ritardo mentale e conseguentemente ne differenzia il tipo di intervento necessario.

Di fatto, l'autismo inteso come deficit dell'interazione sociale è la condizione specifica di uno spettro di disturbi (spettro autistico) nel quale si includono disturbi in parte diversi tra loro con disabilità molto differenti (presenza o assenza di linguaggio verbale, di ritardo mentale, di disturbi del comportamento, di deficit prassicomotorio, di deficit nelle autonomie personali, ecc) definibili come Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (DSM IV), Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DSM III-R), Sindromi da Alterazione Globale dello Sviluppo Psicologico (ICD 10), Psicosi Infantili (ICD9-CM, CFTMEA), ecc.

Infine i disturbi dello spettro autistico sono un gruppo di sindromi che condividono aspetti clinici e patogenetici ma riflettono probabilmente eziologie diverse.

DIAGNOSI

La diagnosi di Autismo infantile è attualmente formulata facendo riferimento ai criteri del DSM IV redatto dall'American Psychiatric Association simile alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità (ICD 10) che prevede la presenza di almeno sei sintomi di cui almeno due riferibili ad una compromissione qualitativa dell'interazione sociale, almeno uno riferibile alla compromissione qualitativa della comunicazione verbale e non verbale e almeno uno riferibile ad una compromissione dell'area dell'attività e degli interessi. Ne deriva che la diagnosi di autismo e di altri DGS è esclusivamente clinica.

La sola presenza di anche uno dei criteri descritti 1) compromissione quantitativa dell'interazione sociale, 2) compromissione qualitativa della comunicazione, 3) modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, comporta l'inclusione nei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo non altrimenti specificati (autismo atipico).

A causa dell'estrema variabilità della gravità e dei sintomi l'autismo può essere misconosciuto. Una diagnosi attendibile richiede l'intervento di un'equipe professionale multidisciplinare e l'uso di strumenti clinici validati (ADOS-G, ADI-R, ABC, CARS, ECA, CHAT, ecc).

A causa delle menomazioni sociali e linguistiche che possono interferire sul funzionamento globale risulta difficile valutare il funzionamento intellettuale e le abilità cognitive delle persone con autismo senza l'utilizzo di modalità di rapporto e di osservazione specifiche.

Inoltre poiché l'autismo è a volte associato a condizioni mediche che possono riflettere eziologie diverse di tipo neurologico, genetico, metabolico o altro, diviene necessario l'utilizzo di esami clinici e di esami strumentali specifici alle differenti patologie quando si sospetti la presenza delle stesse.

La valutazione deve quindi coprire sistematicamente diverse aree: storia dello sviluppo della patologia, valutazione psicologica e delle abilità sociali e personali, esami strumentali e laboratoristici, neuropsicologici, neuromotori, ecc.

L'osservazione dell'interazione del bambino con i componenti della famiglia e la valutazione degli stili di attaccamento forniscono importanti informazioni anche sui livelli di stress provati dalla famiglia.

Certamente la fase di definizione dell'iter diagnostico e del conseguente progetto terapeutico riabilitativo deve poter prevedere l'apporto di contesti di alta e specifica competenza e deve essere la risultante delle attività di approfondimento medico, psicologico e sociale integrato fra i diversi ambienti dei servizi territoriali, ospedalieri, scolastici e familiari (valutazione clinica e trattamento integrato).

DIAGNOSI PRECOCE

Il Disturbo Autistico solitamente esordisce nei primi tre anni di vita e spesso le modalità di esordio sono subdole e mal definite. L'operatore di I livello (pediatra o anche operatore di asilo nido) deve pertanto essere sempre attento alle preoccupazioni e ai dubbi riferiti dai genitori circa lo sviluppo della comunicazione e della socializzazione del bambino. Infatti, seppur a volte sia difficile, è molto importante diagnosticare l'autismo in età precoce identificando i segnali di rischio di un alterato sviluppo comunicativo-relazionale entro il secondo anno di vita del bambino, perché un intervento precoce può migliorare sensibilmente la qualità della vita della persona autistica. Formulare una diagnosi tempestiva di autismo è importante anche perché:

- Consente una migliore valutazione dei dati epidemiologici di cui attualmente disponiamo, permettendo una reale stima della prevalenza del disturbo, che attualmente corrisponde a 4-5/10000, ma che potrebbe, invece, essere valutata nell'ordine di 1-3/1000. L'autismo, quindi potrebbe essere ritenuto molto più frequente che in passato;
- Consente di prevenire quella situazione di malessere che si genera all'interno del sistema famiglia, quando i genitori appaiono disorientati di fronte alla evidenza di anomalie nello sviluppo sociale e comunicativo del bambino. I genitori ricevono solitamente in questa fase risposte evasive circa la natura del problema, oppure risposte rassicuranti o addirittura colpevolizzanti, mentre è importante fornire loro delle spiegazioni adeguate e soprattutto guidarli nel processo di approfondimento diagnostico;
- Facilita l'accesso dei familiari del bambino colpito a indagini genetiche per eventuali futuri figli, così da garantire un maggior livello di attenzione e sorveglianza per i fratelli del bambino interessato (il rischio di ricorrenza del disturbo nella stessa famiglia è da 50 a 100 volte superiore rispetto alla prevalenza nella popolazione generale);
- Permette la programmazione di un intervento precoce: in proposito una serie di ricerche hanno evidenziato che la possibilità di organizzare in maniera adeguata tempi, spazi ed attività del bambino nella fascia di età precoce (2-4 anni) riesce ad incidere significativamente e nell'immediato sulle potenzialità del bambino e in prospettiva sulla qualità delle sue capacità adattive, da cui dipende la qualità di vita dell'intero sistema familiare.

Per quanto fin qui esposto, appare indispensabile la sensibilizzazione dei pediatri di base e l'inserimento, nei bilanci di salute dei primi anni di vita, di valutazioni dello sviluppo comunicativo-relazionale e di strumenti diagnostici di screening dell'autismo come la CHAT di Baron-Cohen già utilizzata in molti paesi europei. Nei casi in cui, in base ad un test standardizzato o all'osservazione effettuata, sembri verificarsi un serio sospetto di Autismo l'operatore di I livello deve richiedere una visita specialistica (Neuropsichiatra Infantile) per l'eventuale conferma diagnostica. Nei casi dubbi l'operatore di I livello, d'accordo con i genitori, organizza un controllo a distanza di quattro settimane per una rivalutazione dei segni "sospetti".

EPIDEMIOLOGIA

Sul piano epidemiologico tenendo conto delle differenze che emergono dall'uso di diverse classificazioni, è possibile affermare che mentre i disturbi dello spettro autistico (DGS) hanno una prevalenza dello 0,1-0,3% nell'intera popolazione infantile, la prevalenza dell'autismo nucleare è stimata intorno allo 0,04-0,05%, costituendo circa il 3% di tutta la popolazione psichiatrica in età evolutiva. Alcuni studi recenti sostengono che la prevalenza dell'autismo sia addirittura maggiore, tenendo conto che sono comunque aumentati i disturbi attualmente considerati inclusi nello spettro autistico.

PROGNOSI

L'autismo è una condizione che una volta instauratasi perdura tutta la vita seppure può essere soggetta a delle modificazioni in senso migliorativo (sviluppo di autonomie personali e sociali, linguaggio e altre funzioni cognitive) ma anche in senso peggiorativo (comparsa di disturbi del comportamento e di altri comportamenti problematici).

La prognosi in termini di sviluppo di autonomie personali e sociali e in genere di qualità della vita è fortemente condizionata dal grado di compromissione del funzionamento cognitivo ed in particolare di sviluppo del linguaggio ma anche dalla presenza di disturbi comportamentali gravi. Attualmente solo un terzo dei soggetti affetti da autismo raggiunge un grado di autonomia soddisfacente mentre il restante numero di soggetti necessita di assistenza continuativa. Il miglioramento della prognosi appare legato principalmente alla precocità e all'adeguatezza dell'intervento abilitativo e quindi alla possibilità di effettuare una diagnosi precoce e di ricevere adeguati trattamenti.

INTERVENTI TERAPEUTICI

Attualmente si ritiene che non esista "il trattamento" che risponda alla complessità dei disturbi generalizzati dello sviluppo, ed in particolare dell'autismo. La pervasività del disturbo, la molteplicità dei quadri clinici e la possibile cronicità del disturbo richiedono l'integrazione dei vari modelli di intervento. La struttura portante al momento più accreditata si individua all'interno di un approccio psico-educativo che preveda:

- la diagnosi precoce e comunicazioni chiare alla famiglia sia durante il percorso diagnostico e sia nella valutazione dell'efficacia dei progetti psico-educativi;
- la valutazione clinico-biologica con accertamenti laboratoristici e strumentali, con eventuale trattamento farmacologico, in particolare per i soggetti affetti da epilessia;
- gli interventi abilitativi e educativi strutturati ed incentrati sul potenziamento delle risorse del bambino;
- l'aiuto pratico ed il sostegno psicologico alla famiglia;
- la continuità di servizi per l'intero ciclo di vita della persona;
- il collegamento e coordinamento degli interventi e dei servizi.

La formulazione della diagnosi rappresenta il punto di partenza di un percorso da fare insieme (bambino, operatori dei servizi sanitari e sociali, famiglia, scuola). Tutti gli spazi esperenziali del soggetto possono e devono assumere una valenza terapeutica. La terapia, infatti, non è solo quella che si fa nel presidio terapeutico, ma sono terapie anche tutte le opportunità offerte al soggetto di agire ed interagire nei diversi contesti. Pertanto, la collaborazione tra le diverse figure che interagiscono con il bambino non può prescindere anche dalla organizzazione specifica del contesto, così che il percorso terapeutico risulti costante e sempre adeguato alle problematiche del soggetto autistico. Questo aspetto assume una rilevanza fondamentale se si considera la cronicità del disturbo stesso e la sua elevata pervasività. L'obiettivo principale di ogni percorso terapeutico deve essere il raggiungimento del maggior grado di autonomia e di indipendenza possibile per l'integrazione sociale

I programmi di trattamento che sembrano produrre i migliori risultati sono quelli che:

- Risultano da una scelta effettuata a monte tra più terapie efficaci disponibili, ed un'eventuale integrazione tra metodi e strumenti scientificamente valicati per il trattamento;
- Prevedono non un singolo trattamento, ma un sistema integrato di interventi coordinati che garantiscano la globalità della presa in carico per il bambino e il suo contesto;
- Riconoscono tutti gli spazi che abitualmente il bambino frequenta come opportunità terapeutiche, quindi associano alla presa in carico del bambino, quella del nucleo familiare e delle situazioni scolastiche-sociali (interventi per l'integrazione scolastica, sociale, per l'inserimento lavorativo);
- Coinvolgono la famiglia nel contesto diagnostico e terapeutico;
- Prevedono un collegamento e un coordinamento tra interventi e servizi, scuola, famiglia;
- Garantiscono una continuità di servizi per l'intero ciclo di vita della persona autistica;
- Si basano sulla conoscenza della storia naturale del disturbo e sulla storia individuale di quel disturbo in quel bambino e nel suo contesto; forniscono servizi individualizzati per il bambino e il suo contesto;
- Iniziano quanto più precoce possibile;
- Utilizzano insegnamenti strutturali e sistematici;

- Si avvalgono di contesti specificamente organizzati tramite modificazioni strutturali degli ambienti di vita, che rendano il percorso terapeutico costante e leggibile per il bambino nei diversi contesti;
- Sono incentrati sul rafforzamento delle risorse presenti e sullo sviluppo delle competenze potenziali;
- Sono in grado di incidere sull'integrazione e sullo sviluppo delle competenze cognitive, neuropsicologiche, simbolico-comunicative ed affettive compromesse nel bambino;
- Offrono un progetto con obiettivi e breve e medio termine;
- Indicano gli obiettivi da raggiungere attraverso una serie di semplici gradini;
- Prevedono la programmazione di verifiche periodiche dell'efficacia degli interventi riabilitativi.

*Nell'esperienza scientifica internazionale, gli interventi più utilizzati e validati sono quelli **educativo-abilitativo**, basati su un approccio globale alla situazione individuale, familiare, scolastica del soggetto autistico allo scopo di individuarne le risorse recuperabili e di facilitare cambiamenti adeguati dei contesti di vita.*

Le strategie fornite da questi approcci danno anzitutto grande importanza ad un training altamente strutturato e spesso intensivo, adattato individualmente al bambino, per insegnargli a sviluppare le capacità sociali e comunicative. L'intervento deve essere più precoce possibile per avere migliori possibilità di riuscita.

Le statistiche dei Centri in cui si utilizzano questi metodi hanno visto ridursi negli anni il numero dei soggetti che da adulti vengono istituzionalizzati per mancanza di autonomia.

Il Prof. Schopler, ideatore del programma TEACCH, usato da 30 anni nel North Carolina come programma di stato per l'autismo, in una ricerca catamnestica riferisce, nel 96% dei soggetti autistici seguiti, un buon livello di integrazione nel proprio ambiente sociale in situazioni lavorative più o meno protette. Studi effettuati su popolazioni autistiche a cui non viene applicato tale programma riferiscono che la maggior parte di soggetti autistici adolescenti e adulti (in percentuale dal 39 al 74%) è inserita generalmente in programmi residenziali (Mesibov, '97).

La strategia di fondo delle metodologie psico-educative è quella di modificare nel modo adatto ai disturbi del bambino autistico l'ambiente di vita, per rendere leggibili le routines, l'organizzazione della vita quotidiana e facilitare la comunicazione, l'interazione sociale e l'apprendimento.

Quale che sia l'intervento scelto per rispondere alle esigenze del caso, nella formulazione del progetto terapeutico, devono essere definiti gli **obiettivi** e le **strategie** possibili per il conseguimento degli stessi.

Gli **obiettivi** terapeutici e assistenziali possibili sono:

- Rendere leggibili le routines, l'organizzazione della vita quotidiana;
- Individuare le risorse recuperabili e quelle potenzialmente espandibili;
- Migliorare le performances e facilitare gli apprendimenti,
- Sostituire comportamenti disfunzionali con altri più appropriati;
- Sviluppare le capacità comunicative;
- Sviluppare capacità di interazione sociale;
- Migliorare le autonomie personali;
- Conquistare un maggior grado di indipendenza;
- Facilitare l'integrazione sociale;
- Raggiungere una migliore qualità della vita per i soggetti colpiti e per le loro famiglie.

Le **strategie** fornite da questi approcci danno grande importanza a:

- Modificare l'ambiente di vita nel modo adatte alle caratteristiche del soggetto,
- Effettuare training intensivi precoci;
- Personalizzare l'intervento a misura di ogni bambino;
- Occupare l'attenzione del bambino in attività altamente strutturate;
- Creare un contesto di apprendimento stimolante;
- Facilitare apprendimenti in contesti naturali e routinari;
- Attivare gli interessi del soggetto;
- Arrivare allo sviluppo delle potenzialità partendo dal consolidamento delle capacità presenti;
- Fornire un rinforzo del comportamento, variando il rinforzo a seconda delle attività proposte;
- Coinvolgere più persone, anche coetanei, nelle procedure di insegnamento.

In generale, per il trattamento dei bambini tra i 0-5 anni è prioritario privilegiare un intervento abilitativo volto a sviluppare le capacità di interazione del bambino, tramite un progetto di lavoro incentrato sull'area dell'intersoggettività e sulle abilità sociali e sulla capacità di comunicazione sia espressiva sia ricettiva.

In questa prima fase è essenziale la collaborazione dei genitori, per l'elaborazione delle priorità del programma d'intervento e per la generalizzazione degli apprendimenti. Gli operatori coinvolti nel trattamento dei bambini devono essere adeguatamente formati su differenti versanti: autismo, modalità di comunicazione e di relazionale con i bambini più piccoli, tecniche per favorire lo sviluppo delle competenze psicomotorie, psico-linguistiche, cognitive e psico-sociali.

Dopo i 5 anni e per gli adolescenti l'intervento psico-educativo rappresenta, come detto sopra, l'aspetto centrale del progetto terapeutico-riabilitativo, focalizzato sull'educazione secondo un programma strutturato per lo sviluppo delle autonomie. Le programmazioni e le verifiche continue sono indispensabili come la disponibilità di attività semiresidenziali e di programmi estivi, giacché i soggetti con questo tipo di disturbi spesso regrediscono in assenza di tali servizi.

Gli interventi psico-sociali vanno rivolti alle attività di ricreazione, alla formazione professionale e all'inserimento lavorativo sempre nell'ottica dell'approccio psico-educativo che prevede la continuità dei servizi per l'intero periodo di vita del soggetto.

In ogni età è fondamentale che il progetto terapeutico sia altamente personalizzato e dunque elaborato sulla base di un profilo che definisca le aree di forza e di debolezza e i reali bisogni del bambino e del contesto. La scelta terapeutica, pertanto, non deve essere legata a rigidi schemi prestabiliti, ma deve essere dettata esclusivamente dalle esigenze del bambino, tenendo conto dell'età, del livello di sviluppo, dell'eventuale presenza di comorbidità e delle caratteristiche dell'ecosistema. Infine, va tenuta in considerazione l'eterogeneità della sintomatologia e la sua variabilità nel corso del tempo. Questo rende necessarie periodiche valutazioni, verifiche e rivalutazioni del progetto terapeutico in rapporto alle esigenze che di volta in volta si vengono a determinare per valutare a distanza l'idoneità degli obiettivi a breve e medio termine scelti e la validità delle strategie utilizzate.

Trattamenti controversi sono invece quelli:

- Basati su teorie scientifiche semplificate;
- Indicati per più di una condizione;
- Non individualizzati sulla base del profilo del bambino;
- Non indicanti comportamenti *target* e obiettivi specifici;
- Garantiti come assolutamente efficaci, non aventi effetti collaterali e quindi non necessitanti di studi controllati;
- Ritenuti efficaci sulla base di *case reports* o di dati aneddotici, piuttosto che sulla base di ricerche rigorose caratterizzate dal confronto con gruppi di controllo.

L'INTERVENTO RIVOLTO AI GENITORI

Un intervento per il soggetto con Disturbo Autistico soprattutto se precoce deve configurarsi come un progetto centrato sulla famiglia. L'intervento sulla famiglia, tuttavia, non deve ridursi ad un generico sostegno psicologico, né tanto meno ad un addestramento dei genitori perché possano continuare a casa gli "esercizi". Affermare la centralità della famiglia significa riconoscerle il valore di uno spazio privilegiato, in cui il soggetto possa interagire e partecipare.

Gli interventi rivolti alla famiglia si prefiggono, quindi, in primis che i genitori raggiungano un adeguato livello di conoscenza dell'autismo, quale disabilità evolutiva. Ciò comporta che i genitori del bambino siano informati su che cos'è l'autismo, sulle cause del disturbo, sulle ricerche che vengono effettuate in proposito a livello internazionale e sulle possibili indagini aggiuntive che possono essere effettuate. Inoltre, è importante informarli sulle terapie proposte a livello internazionale, illustrare loro il percorso terapeutico che si prospetta a breve e medio termine e dunque sulle risorse territoriali, in relazione al territorio di appartenenza. È evidente che tutte queste informazioni non possono essere date in un singolo incontro e bisogna dunque prevedere nella fase immediatamente successiva alla diagnosi, una serie di incontri nell'ambito dei quali si da la possibilità ai genitori di ritornare eventualmente su argomenti già discussi per favorire una graduale metabolizzazione delle spiegazioni che vengono loro fornite. Solo quando questa fase si consideri conclusa si può passare alla successiva, che consiste nell'attivare le risorse genitoriali nella gestione quotidiana del bambino. Le strategie da attuare in proposito sono:

- Guidare i genitori alla conoscenza del bambino;

- Modificare il setting ambientale e le richieste al bambino, per ottenere il massimo in termini di intervento e sviluppo;
- Fornire loro consigli su possibili atteggiamenti educativi alternativi a quelli abitualmente utilizzati;
- Incoraggiare i genitori a scegliere in maniera autonoma strategie educative alternative;
- Sostenerli nelle scelte effettuate (se valide);
- Favorire una riorganizzazione del sistema famiglia;
- Insistere sulla necessità di un'adeguata organizzazione del tempo libero.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Si sottolinea che non essendo disponibili farmaci "curativi" per l'autismo, l'approccio psicofarmacologico attualmente ha valenza sintomatica e deve essere utilizzato solo quando la gravità del sintomo compromette eccessivamente la qualità di vita del bambino ed interferisce pesantemente con il suo programma abilitativo-educativo. L'intervento farmacologico non può pertanto rappresentare il trattamento unico o di elezione, bensì va inserito nell'ambito del progetto definito per quel bambino. Per i trattamenti dietetici e per quelli "alternativi" non è stata comprovata una chiara efficacia.

INTEGRAZIONE SCOLASTICA

La scuola rappresenta un momento fondamentale di integrazione dei disabili così come garantito dalla legislazione scolastica (L.517/77) e dalla legge 104/92 che hanno fatto dell'Italia uno dei paesi più avanzati a livello mondiale, grazie all'istituzione dell'equipe multidisciplinare (ai sensi del DPR 24/02/94). Considerando l'età, il livello di sviluppo e la natura del problema, l'ambiente scolastico, infatti, va inteso come uno spazio preposto a facilitare le autonomie personali e ad attenuare i comportamenti disturbanti. Si ripropone quindi anche in quest'ambito la necessità di definire, a monte dei contenuti dell'intervento, la strutturazione del contesto all'interno del quale tali contenuti vanno poi inseriti, nonché personale maggiormente specializzato e che possa usufruire di momenti di formazione ed aggiornamento caratterizzati da competenze specifiche per l'autismo acquisite e riconosciute a livello regionale. Si deve, inoltre, programmare la possibilità di permanenze più prolungate in ambito scolastico, per garantire l'esplicitazione massima di tutte le capacità potenziali del bambino con autismo, che spesso richiede tempi diversi. Affinché poi lo "spazio scuola" possa assumere una valenza terapeutica è necessario che gli operatori vengano coinvolti attivamente nel progetto terapeutico globale.

Gli interventi psicopedagogici, che sono competenza della scuola, vanno quindi elaborati all'interno di un programma educativo individualizzato (PEI), nel quale vanno stabiliti gli obiettivi educativi in accordo tra Scuola, Famiglia e Servizi. Il servizio di medicina delle Comunità oltre a garantire le attività preventive dei consultori familiari e di medicina scolastica ha le funzioni previste dal Piano Sanitario Regionale in attuazione del DPR 24/2/94 per l'integrazione scolastica anche attraverso intese e collaborazioni con i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile per una adeguata e reale presa in carico globale (famiglia, scuola, servizi sanitari, servizi sociali, etc.) del bambino e adolescente autistico.

I parametri generali di solito utilizzati nell'ambito della programmazione del PEI sono:

- Identificare le priorità (di quali competenze il bambino ha in quel momento maggior bisogno);
- Stabilire quali sono i comportamenti che vanno scoraggiati e soppressi, perché perturbanti rispetto alle possibilità di sviluppo e apprendimento;
- Focalizzare quali sono le abilità critiche per un buon funzionamento attuale e per lo sviluppo futuro del bambino;
- Porsi come obiettivo non tanto il raggiungimento di abilità accademiche, ma la possibilità di facilitare lo sviluppo del bambino sul piano delle autonomie, delle relazioni, delle capacità di comunicazione, per cercare di aiutarlo ad integrarsi nella società.

Una risorsa che va particolarmente utilizzata è l'inserimento nell'ambito di un gruppo di coetanei. Essi, infatti, con la spontaneità che li caratterizza, la naturalezza del loro modo di rapportarsi e la capacità di una sintonizzazione empatica, si pongono come figure particolarmente idonee per attivare sequenze di interazione in grado di facilitare la crescita sociale del bambino autistico. E' evidente che questo ruolo che possono svolgere i coetanei è soprattutto potenziale. Si rende pertanto necessario un loro coinvolgimento attivo, attraverso la sensibilizzazione nei confronti di tematiche, che per la loro complessità, devono essere affrontate con modalità e strumenti adeguate al livello di sviluppo.

INTEGRAZIONE OLTRE LA SCUOLA

Con l'adolescenza molti comportamenti possono subire un drastico miglioramento, mentre altri possono peggiorare notevolmente. Come per tutti gli adolescenti, anche gli autistici crescendo fanno i conti con le difficoltà di adattamento al corpo che cambia, alla sessualità emergente, alle trasformazioni nei processi pensiero e nelle capacità di osservazione e valutazione di sé e del mondo circostante. Le tensioni e il senso di confusione che accompagna lo sviluppo puberale, possono determinare nell'adolescente autistico un incremento dell'isolamento, di comportamenti stereotipati, o la comparsa di aggressività. Allo stesso tempo, per la maggiore sensibilità agli aspetti di confronto sociale che la fase di sviluppo comporta, l'adolescente con autismo, soprattutto se meno compromesso dal punto di vista cognitivo, può fare i conti per la prima volta, con la consapevolezza delle proprie differenze rispetto ai coetanei (mancanza di amici, di interessi condivisibili, di progetti per il futuro). Questo aspetto può fare emergere disturbi dell'umore, che necessitano spesso di un trattamento specifico.

La maggiore attenzione agli aspetti psico-sociali della vita degli adolescenti autistici condiziona la scelta di alcuni interventi specifici:

- Programmi di training per l'attività sociale e l'indipendenza (organizzazione e gestione del tempo libero, con attenzione per gli interessi personali; incontri protetti rivolti all'integrazione sociale);
- Programmi mirati alla formazione professionale e all'inserimento lavorativo (scuole di formazione professionale con classi specializzate; inserimento lavorativo protetto).

Troppi bambini e adolescenti con autismo sono ancora esclusi dal mondo dell'educazione, anche dell'educazione specializzata, e non possono contare su alcuna forma di assistenza al di fuori delle cure parentali. Le conseguenze della mancanza di un sostegno adeguato peggiorano con l'avvento dell'adolescenza e dell'età adulta. L'assenza di prospettive adeguate di una vita adulta dignitosa può ben presto trasformare lo stress della famiglia in disperazione, e non esiste genitore di persona autistica che non si sia augurato di sopravvivere al proprio figlio, per non doverlo abbandonare ad un futuro di emarginazione.

Questi sentimenti non fanno che incrementare il senso di colpa e di impotenza delle famiglie, e nel caso in cui i genitori vengano lasciati soli senza il supporto di servizi specializzati possono comportare in casi estremi dei rischi per la vita stessa della persona con autismo.

La particolare pervasività della triade sintomatologica autistica e l'andamento cronico del quadro patologico, possono configurare nell'età adulta condizioni di disabilità assai profonde, con gravi limitazioni nelle autonomie e nella vita sociale. Queste condizioni hanno notevoli ripercussioni sul carico economico e esistenziale che la famiglia deve assumersi, e che richiedono anche costi finanziari elevatissimi per la comunità, per i servizi socio assistenziali che vanno in questi casi organizzati. Attualmente un'altissima percentuale (dal 60 al 90%) di autistici diventano adulti non autosufficienti, e continuano ad avere bisogno di cure per tutta la vita.

Un numero molto minore di soggetti autistici (15-20%) è in grado di vivere e lavorare all'interno della comunità con vari gradi di indipendenza.

Le persone con autismo hanno un'aspettativa di vita normale ed è fondamentale che siano adottate delle politiche sociali e sanitarie per le quali sia rispettato il diritto fondamentale ad una vita piena e soddisfacente nei limiti delle possibilità individuali.

Situazione attuale con priorità di intervento:

1 – nella maggior parte dei casi gli adulti non hanno ricevuto una diagnosi con conseguente mancata presa in carico riabilitativa e sociale;

2 – non vi sono Centri residenziali protetti e/o semiprotetti per adulti autistici;

3 – nella terminologia e nella diagnostica sembra scomparire il termine di "autismo" per l'adulto prendendo il posto di quadro psichiatrico ad esordio precoce e cronico. Eppure l'autismo perdura per tutta la vita;

4 – è necessaria la formazione e l'informazione in psichiatria con conseguente organizzazione dei servizi per il riconoscimento e la presa in carico dell'autistico adulto, attualmente in cerca del medico di riferimento.

5 – è necessario che i Dipartimenti di salute mentale garantiscano la continuità dei percorsi di presa in carico tra l'età evolutiva e l'età adulta.

LE NECESSITA' E LA QUALITA' DELLA VITA DELLE PERSONE AUTISTICHE E DELLE LORO FAMIGLIE

Nessuna persona con autismo dovrebbe essere privata della libertà di sviluppare le capacità indispensabili a condurre una vita indipendente nei limiti delle proprie possibilità. Il futuro delle persone con autismo dipende dalla gravità individuale della disabilità, ma anche dal livello di consapevolezza dei professionisti e dalla disponibilità di adeguati servizi sociosanitari. Le persone autistiche ed i loro familiari hanno la necessità di disporre di una rete di servizi accessibili già dai primi anni di vita del bambino, specifici per patologia, rigorosi per metodologia e flessibili nell'erogazione delle prestazioni. I servizi sanitari dovrebbero fornire un supporto medico, psicologico, abilitativi, educativo e sociale in modo adeguato per fascia di età (infanzia, adolescenza ed età adulta) in stretta collaborazione con la famiglia, la scuola e se possibile il mondo del lavoro. I genitori dovrebbero ricevere al più presto informazioni dettagliate sulla diagnosi e sulle caratteristiche dell'autismo in modo da poter capire meglio ed affrontare i problemi specifici del bambino e dell'adolescente. Se i servizi sociosanitari non offrono informazioni esaurienti fin dai primi incontri la famiglia si vede spesso costretta a cercare informazioni per proprio conto e può incappare in risposte inutili se non dannose. Ogni servizio sociosanitario dovrebbe fornire alla famiglia una descrizione chiara e dettagliata dell'approccio generale che viene adottato e informazioni che ne dimostrino l'attendibilità scientifica. Inoltre coinvolgere la famiglia e la scuola nel programma di trattamento aumenta le possibilità del bambino di sviluppare al meglio le proprie potenzialità anche per la profonda conoscenza che i genitori e in parte gli insegnanti hanno del loro bambino. I familiari delle persone autistiche, genitori e fratelli, dovrebbero essere aiutati a mantenere lo stile di vita ed i rapporti sociali che avevano prima della scoperta della patologia.

(stralcio del testo ufficiale elaborato dal comitato direttivo di Autisme Europe con la consulenza dei suoi membri e approvato dal Consiglio di Amministrazione a Bruxelles, 7 aprile 2001- divulgato da Angsa Abruzzo Onlus Affiliata ad Autismo Italia)

L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

I servizi sanitari, educativi e sociali dovranno attrezzarsi culturalmente ed operativamente per affrontare questa patologia in un'ottica di collaborazione e supporto alla famiglia, anche attraverso interventi che contrastino e riducano il più possibile gli esiti disabilitanti dell'affezione, ponendo tra gli obiettivi terapeutici ed assistenziali la conquista delle autonomie e il raggiungimento di una migliore qualità della vita sia dei soggetti colpiti sia delle loro famiglie.

Va qui richiamata l'importanza di poter disporre di una ben articolata rete di servizi sanitari, sociali e educativi per l'infanzia e l'adolescenza, nell'ambito della quale collocare anche gli interventi a favore dei soggetti con disturbi pervasivi dello sviluppo. Anche relativamente all'età adulta vanno pensate politiche sanitarie che individuino percorsi specifici per l'integrazione sociale evitando l'istituzionalizzazione delle persone autistiche ed il loro progressivo deterioramento a causa dell'assenza di strutture socio sanitarie adeguate.

- La programmazione sanitaria deve inoltre focalizzare l'attenzione dei Servizi sulla fascia 0-2 anni allo scopo sia di fare diagnosi precoce di autismo sia di individuare altrettanto precocemente disturbi o distorsioni di personalità, deficit motori sensoriali o cognitivi o il fondato rischio di evoluzione di sviluppo patologico, al fine di mettere in campo in tempo utile interventi specifici e adeguati di carattere terapeutico ed abilitativo. Di conseguenza, allo scopo di assicurare la valutazione globale del bambino, i Servizi dovranno attrezzarsi sul piano delle procedure, dotandosi di protocolli diagnostici e terapeutici, nonché su quello delle competenze, assumendo le opportune iniziative nel campo della formazione e aggiornamento

Con riferimento a quanto precedentemente esposto le strutture preposte alla realizzazione del progetto sono fondamentalmente: il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, il Centro Regionale per le Psicosi infantili e le strutture semiresidenziali e residenziali accreditate per l'abilitazione dei soggetti autistici.

Servizio di Neuropsichiatria infantile

I Servizi territoriali di NPI Previsti dal Piano Sanitario Regionale vigente svolgono un ruolo centrale di continuità nei percorsi diagnostici, preventivi, terapeutici e di successiva presa in carico e di attenzione alla qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie e di follow up sull'efficacia complessiva del trattamento. Questi compiti possono essere svolti anche con la collaborazione delle Unità operative di neuropsichiatria infantile ospedaliera ed universitarie, come previste dal piano sanitario regionale, per le funzioni di livello

diagnostico, di partecipazione alla definizione del progetto terapeutico e per tutto ciò che riguarda gli esami strumentali e per le terapie necessitanti in regime di ricovero.

Nell'ambito di questo sistema, il pediatra di base e il medico di medicina generale devono diventare primi attivatori della rete e riferimento obbligato per i servizi di neuropsichiatria infantile. In questa prospettiva il servizio di neuropsichiatria Infantile si pone come uno spazio che svolge una molteplice funzione:

- Svolgere attività di prevenzione;
- Formulare la diagnosi, provvedendo anche all'effettuazione delle indagini che si rendono necessarie;
- Provvedere alla realizzazione degli interventi diretti sul bambino;
- Provvedere agli interventi diretti sulla famiglia;
- Attivare la progettazione educativo-terapeutica in modo integrato;
- Coordinare le attività terapeutiche negli altri spazi individuati (famiglia, scuola, centro di riabilitazione) per garantire continuità e coerenza al progetto,
- Mantenere un collegamento funzionale con gli operatori preposti a facilitare l'inserimento del bambino in ambito scolastico;
- Mantenere un collegamento funzionale con il pediatra di famiglia per gli aspetti organizzativi della presa in carico;
- Organizzare periodici controlli finalizzati alla verifica del progetto.

La pianificazione del trattamento deve coinvolgere genitori e membri della famiglia come anche gli operatori della scuola ed altri professionisti.

Le figure coinvolte sono le seguenti: Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Logopedista, Assistente Sociale, Educatore.

In base a quanto esposto, tutte le figure menzionate devono aver maturato specifiche competenze sul Disturbo Autistico e sui disturbi ad esso correlati, per uniformarsi alle raccomandazioni riportate a livello internazionale.

Centro Regionale per le Psicosi Infantili (autismo ed altri DGS)

Il Centro Regionale per le Psicosi infantili è stato istituito con L.R. n. 92/97 partendo dalla constatazione di una grave carenza assistenziale nel territorio abruzzese per i bambini ed adolescenti affetti da disturbi generalizzati dello sviluppo precedentemente definiti psicosi infantili, facendone un punto di riferimento di alta specializzazione per la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico e per le attività di studio, ricerca e supervisione clinica e terapeutica.

L'attività del Centro Regionale non sostituisce ma piuttosto integra le risorse esistenti sul territorio ed in particolare quelle fornite dai servizi territoriali di neuropsichiatria infantile di ogni singola ASL previsti dal Piano Sanitario Regionale 1998-2001 e successive modificazioni (Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale in età evolutiva L.R. 93/2000).

Il Centro Regionale per le Psicosi infantili è collocato nel Presidio Ospedaliero "S. Salvatore" Coppito-L'Aquila presso l'U.O. di Neuropsichiatria infantile convenzionata con l'Università degli Studi de L'Aquila. Le attività del centro sono effettuate sia in regime ambulatoriale e sia in regime di Day Hospital.

Il Centro Regionale per le Psicosi Infantili deve:

- Raccogliere dati per indagini epidemiologiche;
- Coordinare la ricerca scientifica;
- Provvedere alla formazione degli operatori;
- Fornire indicazioni per la riorganizzazione dei servizi;
- Garantire l'omogeneità dei percorsi diagnostico-terapeutici su tutto il territorio.

Per la complessità dei temi, per l'esigenza di favorire uno sviluppo omogeneo delle competenze su tutto il territorio regionale, per garantire una diffusione delle formazioni di maggiore livello specialistico adeguato allo svilupparsi delle conoscenze ma anche ai bisogni del territorio regionale, si ritiene necessario istituire un "Comitato di consulenza scientifica", facente riferimento all'Assessorato alla Sanità, con il compito di monitorare le attività dei servizi per l'autismo infantile, fornire indicazioni per la riorganizzazione dei servizi, garantire l'omogeneità dei percorsi diagnostico terapeutici su tutto il territorio e riformulare le presenti linee, a cadenza annuale, sulla base dell'evidenza dei risultati raccolti e delle nuove conoscenze scientifiche nazionali e internazionali.

Centri Diurni e Case Famiglia

E' ormai acquisito che gli interventi abilitati e educativi per l'autismo devono iniziare precocemente in età infantile e continuare durante l'adolescenza e l'età adulta con l'obiettivo di sviluppare e mantenere nel tempo le abilità personali e sociali e incrementare l'autonomia e l'indipendenza. Tali interventi deve essere modulato sull'età del soggetto, personalizzato, intensivo, costante e continuativo. Inoltre l'intervento abilitativo-educativo deve mirare al consolidamento delle abilità acquisite ed al potenziamento di quelle emergenti, deve facilitare gli apprendimenti in un contesto naturale e stimolante, deve attivare gli interessi del bambino e pertanto essere strutturato in modo adeguato rispetto ai tempi (3-6 ore giornaliere) ed ai luoghi necessari (struttura specificamente organizzata per la patologia). Gli adolescenti e gli adulti dovrebbero continuare quindi a poter usufruire di programmi educativi individualizzati nelle aree funzionali come la comunicazione, le abilità sociali, le capacità lavorative e di tempo libero nella prospettiva di un progressivo distacco dalla famiglia di origine. Tali interventi possono essere svolti solo in strutture semi-residenziali e residenziali specificamente organizzate per fascia di età (infanzia, adolescenza, età adulta) e in gruppi non superiori a 20 utenti per fascia di età.

L'esperienza del Centro per l'Autismo di Vasto, centro pilota nel trattamento abilitativo-educativo dell'autismo ed altri DGS, nato dalla collaborazione tra l'ANGSA Abruzzo Onlus e la Fondazione Padre Alberto Mileno, rappresenta il modello organizzativo a cui le singole ASL devono far riferimento per la pianificazione delle strutture educative-abilitative necessarie in tutto il territorio regionale.

RICERCA, AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

L'integrazione delle funzioni assistenziali, di competenza dei Servizi dei dipartimenti sanitari, e di quelle di ricerca e di didattica, proprie dell'Università, deve avvenire nell'ambito della programmazione regionale e aziendale e della convenzione Università - Regione.

Nel rispetto dell'autonomia universitaria deve essere riconosciuta ai dirigenti dei servizi dipartimentali l'idoneità allo svolgimento delle attività di formazione e ricerca, in modo da facilitare l'integrazione e il coordinamento delle rispettive attività.

a) Formazione

Scopo delle attività di formazione è quello di consentire:

- Ai clinici, l'acquisizione delle competenze necessarie per la valutazione diagnostica e la presa in carico secondo le linee più sopra esposte;
- Ai terapisti della riabilitazione ed agli educatori l'acquisizione di adeguate ed aggiornate informazioni circa i Disturbi di Sviluppo;

Un ulteriore livello di formazione dovrà riguardare i pediatri di base e di comunità, gli insegnanti e i genitori:

- Per i pediatri si dovranno programmare interventi formativi mirati ad un affinamento delle competenze cliniche collegate soprattutto all'individuazione precoce dei disturbi di sviluppo e di relazione ma anche al loro trattamento così da facilitare la collaborazione fra pediatri e specialisti;
- Per gli insegnanti, oltre a fornire nozioni generali che permettano di inquadrare il disturbo autistico, dovranno essere proposte specifiche indicazioni per qualificare i piani di lavoro educativo personalizzati con strategie e contenuti mirati ai bisogni del bambino autistico;
- Per i genitori si dovranno programmare interventi informativi e formativi secondo i modelli accreditati a livello scientifico internazionale.

b) Ricerca

Tenendo conto delle esperienze nazionali e internazionali nello studio sull'autismo, alcuni temi prioritari di ricerca possono essere individuati nell'ambito degli studi nosografici, studi epidemiologici e studi eziologici e patogenetici ed in particolare vengono indicati i seguenti temi:

- Nosografia: preliminare a qualsiasi progetto di ricerca nell'ambito dell'autismo, è la precisa caratterizzazione diagnostica e l'individuazione di definiti profili clinici. Tale sforzo diagnostico è fondamentale poiché molti dati suggestivi su pazienti autistici hanno presentato il limite della non

replicabilità tra diversi gruppi di ricerca, in considerazione dell'ampio spettro di variabilità clinica. Ciò vale particolarmente per i bambini molto piccoli (al di sotto dei tre anni).

- **Epidemiologia:** ricerche sulle variazioni del decorso longitudinale, sui costi ed efficacia dell'appropriato trattamento dell'autismo.
- **Eziologia:** a tutt'oggi la ricerca neurobiologica sull'autismo deve ancora compiere numerose indagini al fine di comprendere quali siano i meccanismi fisiopatologici, le regioni cerebrali, i sistemi neurotrasmettitoriali, i cromosomi i geni e le modalità di trasmissione genetica, coinvolti nella trasmissione della malattia. Notevoli avanzamenti delle indagini neurobiologiche sembrano potersi intravedere con ricerche nel campo dell'immunologia, delle neuroimmagini, della genetica e della biochimica.
- **I meccanismi cerebrali:** studio neuropsicologico degli specifici aspetti di funzionamento per chiarire l'ipotesi della relazione fra deficit cognitivo e difficoltà comportamentali.
- **Sviluppo comunicativo sociale ed emotivo:** studi longitudinali della prima infanzia tesi a dare risposta a quesiti come "quali sono i mediatori delle variazioni di sviluppo?", "Possono essere identificati sottogruppi?", "come possono famiglia, scuola ed interventi educativi prevenire la deprivazione che risulta dai deficit sociali e comunicativi del bambino ?"
- **Intervento ambientale:** studi sull'interazione genitori-bambino.

(Allo stato attuale la Regione Abruzzo in qualità di capo fila, è in fase di elaborazione dei dati relativi al Progetto di ricerca finalizzata, ex art. 12-bis del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni dal titolo "La valutazione dei servizi e dei programmi di abilitazione psicoeducativa per bambini ed adolescenti con autismo".)

IMPEGNI DELLA REGIONE ABRUZZO

- Attivazione di un gruppo regionale di coordinamento e consulenza scientifica composto dai referenti per l'autismo di ogni singola ASL e dai rappresentanti delle associazioni delle famiglie;
- Raccogliere le informazioni sul miglioramento di qualità della rete dei servizi che ogni Azienda deve predisporre in attuazione delle presenti linee organizzative;
- Censire le esperienze attuative delle presenti linee guida in riferimento al miglioramento della qualità dell'assistenza, anche in relazione alla corretta applicazione di protocolli diagnostici e terapeutici;
- Verificare il fabbisogno formativo specifico, proponendo gli opportuni programmi formativi rivolti agli operatori impegnati ai diversi livelli ed ambiti, dalla accoglienza medica di base, all'integrazione scolastica e sociale, agli approfondimenti diagnostici specialistici da svolgere in sede ospedaliera;
- Aggiornare le presenti linee guida sulla base delle indicazioni che emergeranno dall'analisi delle esperienze in atto e delle più recenti conoscenze scientifiche.
- Monitorare ed intervenire nelle attuali ASL affinché presto vengano equilibrate le risorse umane alle necessità dei pazienti ed ove assenti, essere istituiti servizi di NPI.
- Promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi ed all'intervento precoce dell'autismo.
- Promuovere la formazione specialistica degli insegnanti di sostegno, degli educatori e degli operatori socio – sanitari.
- L'attivazione di uno specifico settore nell'ambito dell'**Osservatorio epidemiologico regionale per l'autismo** con l'obiettivo di una reale e completa conoscenza delle problematiche connesse all'autismo dall'infanzia all'età adulta.

DETERMINAZIONI

DIREZIONE SANITÀ

*SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA*

DETERMINAZIONE 7.05.2004, n. DG1/12:

Elenco dei Medici di Guardia Medica, Emergenza sanitaria territoriale e Medicina dei servizi idonei all'inquadramento nel ruolo Medico del Servizio Sanitario Nazionale.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Visto l'art. 8, comma 1bis del D.Lvo. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, integrato dal D.Lvo. 19.06.99, n. 229;

Vista la Delibera di G.R. 20.03.2000, n. 356 avente ad oggetto: "D.Lgs. 19.06.99, n. 229 - Individuazione delle aree di attività delle Emergenze Territoriali e della Medicina dei Servizi che per il miglioramento del servizio richiedono l'instaurazione di un rapporto d'impiego - Modalità e criteri per l'ammissione al giudizio di idoneità per l'inquadramento nel ruolo medico del S.S.N.";

Vista la delibera di G.R. 30 agosto 2000, n. 1150 di costituzione della Commissione

Regionale per la formulazione del giudizio di idoneità di cui sopra;

Considerato che la suddetta Commissione ha provveduto ad espletare la procedura concorsuale ed a rimettere i relativi atti a questo Servizio;

Vista la determinazione DG1/11 del 22 marzo 2004 di ammissione al giudizio per idoneità per l'inquadramento nel ruolo medico del S.S.N. dei sanitari in possesso dei requisiti di cui al D.P.C.M. 502/97;

Vista la L.R. 14 settembre 1999, n. 77;

Constatata la regolarità tecnico-amministrativa e la legittimità della presente determinazione;

DETERMINA

1. di ritenere idonei all'inquadramento del S.S.N. i medici elencati nell'accluso allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di disporre la pubblicazione per estratto del presente provvedimento, nonché la relativa graduatoria, per intero, sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO**Dr. Enzo Verì**



GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE SANITA'
 Servizio Assistenza Distrettuale
 Medicina di base e Specialistica

ALLEGATO A

Elenco dei Medici IDONEI che hanno sostenuto il colloquio per il giudizio di idoneità di cui all'art. 4 D.P.C.M. 502/97 (domande pervenute entro il 2° semestre anno 2003)

	COGNOME	NOME	NATO / A	IL	RESIDENZA - VIA	CITTA'	PROV.	ASL
1	DAMIANI	SANDRO	TANGERI-MAR.	14/06/1964	MANZONI , 7	S.GIOVANNI TEATINO	CH	PE
2	DE LUCA	FABIO	MILANO	20/02/1958	BARI , 9	CASTELLALTO	TE	TE
3	DERIS	ABDOLLAH	ABADAN-IRAN	28/06/1954	SPAGNA , 4	MONTESILVANO	PE	TE
4	DI FELICE	GUIDO	MONTESILVANO	28/02/1958	VITTORIO E. II , 2	MONTESILVANO	PE	PE
5	D'OVIDIO	FRANCO	CELANO	01/09/1959	COLLE MENTOSO,1	CELANO	AQ	A/S
6	EVANGELISTA	GABRIELE	PESCARA	28/02/1960	F. CAROTA , 40	PESCARA	PE	CH
7	FIorentINO	MARIA D.	CASOLI	02/02/1959	COSTE MARTINO , 4	CASOLI	CH	L/V
8	GIORDANO	FRANCESCO P.	MANFREDONIA	26/11/1951	N. DA GUARDIAGRELE,21	CHIETI	CH	CH
9	IEZZI	NICOLO' V.	ORSOGNA	12/06/1957	STORTINI , 5	VILLA CALDARI-ORTONA	CH	CH
10	MARINACCI	VINCENZO	S.NICANDRO G.	16/01/1962	C.V.EMANUELE , 12	MONTESILVANO	PE	PE
11	MASCIO	PAOLO	PESCARA	12/03/1963	P.ZZA ALCIONE , 41	PESCARA	PE	L/V
12	ONORATO	ANGELO	L'AQUILA	02/10/1958	S. FRANCESCO , 19	GIGNANO	AQ	AQ
13	ORSINI	LIDIA	PETTORANO S.G.	08/05/1958	NAZIONALE , 8	PETTORANO SUL G.	AQ	A/S
14	PESCHI	ANNA ITALIA	C. DI SANGRO	01/06/1959	G. CALDORA , 10	CIVITALUPARELLA		TE
15	ROSATI	EMIDIO	LANCIANO	01/05/1963	IGNAZIO SILONE , 21	LANCIANO	CH	L/V
16	SALUTARI	ROBERTA	CASTELVECCHIO SUBEQUO	04/11/1956	IGNAZIO SILONE , 21	CASTELVECCHIO SUBEQUO	AQ	A/S
17	TORRINI	GUIDO	SULMONA	29/05/1958	PER PREZZA , 20	PRATOLA PELIGNA	AQ	A/S

LA SEGRETARIA DELLA COMMISSIONE
 (Sig.ra Anna Maria SCARAZZA)

Anna Maria Scarazza

IL DIRIGENTE
 (Dr.Enzio VERI')

Enzio Veri

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

AVVISI

DIREZIONE SANITÀ
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

Comunicato - Elenco ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, di continuità assistenziale (D.P.R. 270/00) individuati al 1° marzo 2004.

Ai sensi dell'art. 20 del D.P.R. 28/07/2000, n. 270 vengono pubblicati gli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'Assistenza Primaria, rilevati dalle Aziende U.S.L. della Regione ed il relativo schema di domanda. Al riguardo si comunica che detti ambiti saranno assegnati dalle

AA.SS.LL. secondo le procedure di cui al richiamato art. 20, con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva, valevole per l'anno 2004. La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli ambiti carenti per le quali si intende concorrere.

Gli incarichi vacanti di assistenza primaria e di continuità assistenziale di cui alla presente pubblicazione saranno assegnati secondo le seguenti modalità.

Le carenze non coperte per trasferimento vengono assegnate ai medici iscritti in graduatoria nella misura di:

- a) 67% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione ;
- b) 33% a favore dei medici in possesso del titolo equipollente.

Tenuto conto di quanto previsto dalla norma finale n. 5 del vigente D.P.R. 270/00.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. di __

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. ____ via _____ n. ____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di
residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 2 del D.P.R.

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 4, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. _____, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____

Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____
Ambito _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. _____ di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella, in caso di barratura di entrambe le caselle o in mancata indicazione della riserva prescelta, la **domanda NON potrà essere valutata**):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 (articolo 3, comma 6, lettera a). D.P.R. _____);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R. _____).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o/ _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
indirizzo _____ n. _____

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

**Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. di __**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente
nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico
a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso la Azienda Sanitaria locale n. ____ di
_____, per l'ambito territoriale di _____ della Regione
_____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria
pari a mesi _____

F A D O M A N D A D I T R A S F E R I M E N T O

Secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 4 , lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
medicina generale di cui al D.P.R. _____, per l'assegnazione degli ambiti territoriali
carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____
n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a com-
provare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 20 , comma 4 , lettera a) del D.P.R. _____
e l'anzianità complessiva di incarico in Assistenza Primaria:
allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o/ _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
indirizzo _____ n. _____

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

firma per esteso _____

AMBITI TERRITORIALI CARENTI

ASSISTENZA PRIMARIA

**AZIENDA U.S.L. DI TERAMO
(nota prot. 1426 del 14 aprile 2004)**

- Ambito territoriale di Bellante – Mosciano Sant'Angelo
N. 1 (UNA) carenza
Con obbligo di apertura ambulatorio princ. nel Comune di – Mosciano Sant'Angelo;
- Ambito territoriale di Controguerra – Corropoli – Neretto – Sant'Omero – Torano Nuovo
N. 1 (UNA) carenza
Con obbligo di apertura ambulatorio princ. nel Comune di Corropoli;
- Ambito territoriale di Ancarano – Civitella del Tronto – Sant'Egidio alla Vibrata
N. 1 (UNA) carenza
Con obbligo di apertura ambulatorio princ. nel Comune di Ancarano ;
- Ambito territoriale di Isola del Gran Sasso – Castelli – Castel Castagna – Colledara – Tossicia
- N. 1 (UNA) carenza
Con obbligo di apertura ambulatorio princ. nel Comune di Colledara;
- Ambito territoriale di Montorio al Vomano – Fano Adriano – Crognaleto – Pietracamela
- N. 2 (DUE) carenze di cui:
N. 1 Con obbligo di apertura ambulatorio princ. nel Comune di Montorio al Vomano
- N. 1 Con obbligo di apertura ambulatorio princ. in uno degli altri tre Comuni;

- Ambito territoriale di Teramo – Campi – Basciano – Canzano – Castellalto – Cortino – Penna Sant'Andrea – Rocca Santa Maria – Torricella Sicura – Valle Castellana
- N. 2 (DUE) carenze di cui:
N. 1 Con obbligo di apertura ambulatorio princ. nel Comune di Teramo
N. 1 Con obbligo di apertura ambulatorio princ. nel Comune di Castellalto;

**AZIENDA U.S.L. DI CHIETI
(nota 1241/UAT/cg del 31.03.2004)**

- Ambito territoriale Comune di Francavilla al Mare
N. 1 (UNA) carenza (un Medico)
- Ambito territoriale Comuni di S. Giovanni T. – Torrecchia T. –
N. 1 (UNA) carenza
Con obbligo di apertura ambulatorio princ. nel Comune di Torrecchia Teatina;

**AZIENDA U.S.L. DI LANCIANO-VASTO
(nota 1396 del 01.04.2004)**

- Distretto Sanitario di Base di Lanciano
N. 1 (UNA) carenza
Con obbligo di apertura ambulatorio nel Comune di Lanciano
- Distretto Sanitario di Base di Atesa
N. 1 (UNA) carenza
Con obbligo di apertura ambulatorio nel Comune di Tornareccio;

**AZIENDA U.S.L. DI AVEZZANO-SULMONA
(nota Prot. 625/C.T. del 26/04/2004)**

- N. (DUE) zone carenti nei seguenti ambiti:

Trasacco, Luco dei Marsi, Collelongo,
Villavallelonga;

Piscina, Bisegna, Collarmele, Ortona dei
Marsi, S. Benedetto dei Marsi;

AZIENDA U.S.L. DI PESCARA
(nota Prot. 409 del 21/04/2004)

- N. 7 (SETTE) zone carenti di cui:
 - N. 1 Ambito Pescara
 - N. 1 Ambito Montesilvano, Cappelle
sul Tavo
 - N. 1 Città S. Angelo, Elice
 - N. 1 Pianella, Moscufo
 - N. 2 Spoltore
 - N. 1 Scafa, Alanno, Cugnoli, Manop-
pello, Lettomanoppello, Serramo-
nacesca, Turrivalignani

DIREZIONE SANITÀ
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

**Comunicato - Incarichi vacanti di con-
tinuità assistenziale. Schema di domanda.**

COMUNICATO

Ai sensi dell'art. 20 del D.P.R. 28/07/2000, n. 270 vengono pubblicati gli incarichi vacanti di Continuità Assistenziali, individuati dalle Aziende U.S.L. della Regione ed il relativo schema di domanda. Al riguardo si comunica che detti incarichi saranno assegnati dalle AA.SS.LL. secondo le procedure di cui al richiamato art. 49, con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva, valevole per l'anno 2004. La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli incarichi vacanti per le quali si intende concorrere.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

**Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. di __**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. ____ via _____ n. ____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di
residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 2 del D.P.R.
Pos _____ Punti _____

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. _____, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. _____ di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella, in caso di barratura di entrambe le caselle o in mancata indicazione della riserva prescelta, la **domanda NON potrà essere valutata**):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 (articolo 3, comma 6, lettera a). D.P.R. _____);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R. _____).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o/ _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
indirizzo _____ n. _____

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. di __

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ ASL di
residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale
presso la Azienda n. _____ di _____, della Regione _____
dal _____ e con anzianità complessiva Continuità Assistenziale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. _____, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____
Incarico n. _____	Ambito _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 20, comma 4, lettera a) del D.P.R. _____ e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:
allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o/ _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
indirizzo _____ n. _____

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

firma per esteso _____

INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

AZIENDA U.S.L. DI CHIETI **(nota 1241/UAT/cg del 31.03.2004)**

- Circoscrizione di Chieti centro
N. 1 (UNA) carenza di 12 ore settimanali;
- Circoscrizione di Francavilla al Mare
N. 1 (UNA) carenza di 12 ore settimanali;
- Circoscrizione di Guardiagrele
N. 1 (UNA) carenza di 24 ore settimanali;

AZIENDA U.S.L. DI L'AQUILA **(Del. Dir.Gen. 202 del 24/03/2004)**

N. 1 (una) zona carente di 24 ore settimanali nell'ambito territoriale che comprende i Comuni di Montereale – Campotosto – Capitignano – con sede a Montereale ;

- N. 1 (una) zona carente di 12 ore settimanali nell'ambito territoriale del Comune di L'Aquila;
- N. 1 (una) zona carente di 12 ore settimanali nell'ambito territoriale che comprendi i Comuni di Acciano – Fagnano Alto – Fontecchio – PrataD'Ansionia – San Demetrio Né Vestini – San Eusanio Forconese – Tione degli Abruzzo – Villa Sant'Angelo
con sede a San Demetrio Né Vestini;
- N. 1 (una) zona carente di 12 ore settimanali nell'ambito territoriale che comprendi i Comuni di Barete – Cagnano Amiterno - Pizzoli
con sede a Pizzoli;

AZIENDA U.S.L. DI TERAMO **(nota 1426 del 14/04/2004)**

Carenze di 24 ore settimanali cadauna nei

sottoelencati Ambiti Territoriali:

1. Martinsicuro – Colonnella –
Controguerra N. 1 (una) carenza
2. Colledara – Castelli –
Castel Castagna N. 1 (una) carenza
3. Nereto – Corropoli –
Sant'Omero –
Torano Nuovo N. 1 (una) carenza
4. Teramo N. 1 (una) carenza
5. Montorio al Vomano –
Tossicia N. 1 (una) carenza

AZIENDA U.S.L. DI LANCIANO-VASTO **(nota 1396 del 01/04/2004)**

- N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione facente capo al Comune di QUADRI;
- N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione facente capo al Comune di FOSSACESIA;
- N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione facente capo al Comune di SAN SALVO;

AZIENDA U.S.L. DI AVEZZANO-SULMONA **(nota Prot. 594/C.T. del 19/04/2004)**

- N. 6 (SEI) turni di 24 ore settimanali nella seguenti sedi:
Balsorano, Carsoli, Gioia dei Marsi, Pescasseroli, Pescocostanzo (2).

AZIENDA U.S.L. DI PESCARA **(nota 409 del 21/04/2004)**

- N. 1 (UNO) turno di 24 ore settimanali:
Circoscrizione di Penne
- N. 1 (UNO) turno di 24 ore settimanali:
Circoscrizione di Pianella

Direttore Responsabile: **Dr. Giuseppe PLACIDI** - Vice Direttore: **Virginio SCAFATI**

Stab. Tipografico G.T.E. - Località San Lorenzo, 67020 Fossa (L'Aquila) - Tel. 0862 755096 Fax 0862 755214