

Anno XXXVII

REPUBBLICA ITALIANA

N. 102 Speciale
Sanità



BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 24 NOVEMBRE 2006

PALAZZO CENTI



Spedizione in abbonamento postale - 70% Div. Corr. D.C.I. - AQ

BOLLETTINO UFFICIALE

INFORMAZIONI

Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo è pubblicato in L'Aquila dalla Presidenza della Giunta Regionale presso cui ha sede il servizio Bollettino che ne cura la direzione, la redazione e l'amministrazione.

Le uscite sono differenziate a seconda del contenuto.

Il Bollettino Ordinario si compone di 3 parti:

I° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti del Presidente della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali - integralmente o in sintesi - che possono interessare la generalità dei cittadini.

II° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione.

III° PARTE: dove vengono 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).

Nei **Supplementi** vengono pubblicati tutti gli atti riguardanti il personale regionale, gli avvisi e i bandi di concorso interno. Questa tipologia di bollettino non è inclusa nell'abbonamento.

In caso di necessità si pubblicano altresì numeri **Straordinari** e **Speciali**.

ABBONAMENTO E PASSWORD

E' possibile sottoscrivere abbonamenti in qualunque periodo dell'anno. Il **costo annuale è di € 77,47** da versare sul **c.c.p. n° 12101671** specificando nella causale: "Nuovo abbonamento". L'attivazione dell'abbonamento decorrerà non prima della ricezione da parte della Redazione dell'attestazione di pagamento. Al fine di velocizzare la pratica è consigliabile inviare copia del versamento effettuato alla Redazione tramite fax al numero **0862 364665**.

L'abbonamento al cartaceo offre anche la possibilità di consultare i bollettini sul sito della Regione Abruzzo tramite l'apposita password da richiedere compilando la scheda sul sito <http://bura.regione.abruzzo.it> oppure specificando tale richiesta nel fax inviato.

Dopo questa operazione, il Servizio provvederà ad inviare tramite posta ordinaria una user e una password strettamente personali che consentiranno l'accesso al Bollettino on-line limitatamente al periodo di validità dell'abbonamento al bollettino cartaceo.

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 siano di interesse esclusivo della Regione e dello Stato.

Le richieste di pubblicazione di avvisi, bandi ecc. devono essere indirizzate con tempestività ed esclusivamente alla:
Direzione del Bollettino Ufficiale - Corso Federico II n. 51 - 67100 L'Aquila

Il testo da pubblicare deve pervenire:

- in originale o copia conforme regolarizzata ai fini del bollo;
- munito della ricevuta del versamento sul c.c.p. n. 12101671 intestato a: Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila, per un importo variabile in relazione all'atto da pubblicare e calcolato in base a quanto di seguito riportato:
 - per titoli ed oggetto che vanno in neretto pari a € 1,81 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute)
 - per testo di ciascuna inserzione pari a € 1,29 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute).

Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo dalla "data di pubblicazione sul B.U.R.A.".

AVVERTENZE

- Gli abbonamenti e le Inserzioni vengono effettuati esclusivamente tramite **c.c.p. n° 12101671** intestato a:
Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila. - n. fax 0862 364665
- Costo fascicolo: **€ 1,29** - Arretrati, solo se disponibili, **€ 1,29**.
- Le richieste dei numeri mancanti non verranno esaudite trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione
- Unico punto vendita: Ufficio B.U.R.A. - Corso Federico II n° 51 - 67100 L'Aquila
- Orario per il pubblico: dal lunedì al venerdì dalle **ore 9.00** alle **ore 13.00** ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

SOMMARIO

Parte I

Leggi, Regolamenti ed Atti della Regione

ATTI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 15.09.2006, n. 1023:

Piano Regionale della Prevenzione Sanitaria 2005 – 2007: Integrazione Deliberazione di Giunta Regionale n. 277 del 29 Marzo 2006. Pag. 4

DELIBERAZIONE 06.11.2006, n. 1252:

Modalità di attuazione per l'erogazione dei contributi in favore dei portatori di grave disabilità motoria e psichica in attuazione dall'art 20 comma 5 lettera b) della L.R. 25 agosto 2006, n. 29. – Approvazione del bando. Pag. 78

Parte III

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO DIREZIONE SANITA'

SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

- Ambiti territoriali carenti ed incarichi vacanti di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale rilevati alla data del 1° settembre 2006. Pag. 82

- Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale. Pag. 86

- Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale. Pag. 90

DIREZIONE SANITA' SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE, RIABILITATIVA E MEDICINA SOCIALE

Bando per la definizione dei criteri e le modalità di accesso ai contributi in favore dei portatori di grave disabilità motoria e psichica in attuazione dell'art. 20 comma 5 lettera B) della L.R. 25 agosto 2006, n. 29, nell'ambito di una sperimentazione tesa a definire progetti di così detta "vita indipendente" – Approvato con deliberazione n. 1252 del 6 novembre 2006. Pag. 97

 PARTE I

 LEGGI, REGOLAMENTI ED
 ATTI DELLA REGIONE

 ATTI

 DELIBERAZIONI DELLA
 GIUNTA REGIONALE

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 15.09.2006, n. 1023:

Piano Regionale della Prevenzione Sanitaria 2005 – 2007: Integrazione Deliberazione di Giunta Regionale n. 277 del 29 Marzo 2006.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista l'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2005 con la quale le Regioni si sono impegnate ad adottare il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 negli ambiti di azione individuati in:

- prevenzione della patologia cardiovascolare,
- prevenzione delle complicanze del diabete,
- prevenzione tramite gli screening oncologici
 - screening del tumore del seno
 - screening del cancro della cervice uterina
 - screening del cancro del colon retto
- prevenzione tramite le vaccinazioni,
- la prevenzione degli incidenti, ivi compresi quelli domestici;

Visto che per dare seguito alla predetta Intesa la Regione Abruzzo con deliberazione di

Giunta regionale n. 683 del 18.7.05 ha approvato il "Piano regionale di Prevenzione 2005-2007" articolato, nel rispetto delle linee operative stabilite dal Ministero della Salute con le note prot DGPREV/IX/9774/P/I/6.b.c del 26 aprile 2005 e prot. DGPREV/IX/13535/P/C.1.b.b. del 8 giugno 2005, in:

- PREVENZIONE DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE
 - a) Progetto Cuore
- PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE
 - b) Progetto per Integrazione, Gestione ed Assistenza al diabete
- SCREENING ONCOLOGICI
 - c) Programma di screening mammografico "senosano"
 - d) Progetto per il miglioramento e l'implementazione dello screening citologico del cervicocarcinoma
 - e) Progetto di attivazione del programma di screening del carcinoma coloretale mediante ricerca del sangue occulto fecale
- VACCINAZIONI
 - f) Attuazione del Piano delle vaccinazioni della Regione Abruzzo e monitoraggio dello stato di salute
- PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI
 - g) Progetto sulla prevenzione degli incidenti stradali
 - h) Progetto di prevenzione degli incidenti domestici

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 277 del 29 marzo 2006 con la quale si è proceduto ad integrare il Piano regionale di prevenzione 2005/2007 ed a modificare ed integrare i progetti individuati nella deliberazione n. 683 del 18 luglio 2005 con le lettere (a), (b), (f), (g)

ed (h) ed in particolare il punto 5 del dispositivo;

Considerato :

- che il Ministero della Salute con nota prot. DGPREV/IX/14844/P/I.8.a.a. del 20 giugno 2006 ha fornito alle Regioni indirizzi per far elaborare, rispetto alla programmazione presentata, progetti operativi inerenti la prevenzione degli incidenti, la prevenzione dell'obesità nonché ha consentito alle Regioni, che non avessero già provveduto, la presentazione di progetti sulla prevenzione delle recidive cardiovascolari;
- che nel corso della riunione, come da allegato verbale del 4 agosto 2006, del tavolo tecnico, previsto dalla deliberazione Giunta regionale n. 683/2005, costituito con determinazione DG14/2 del 19 gennaio 2006, sono state definite, per la prevalenza dei progetti, rimodulazioni programmatiche ed economiche delle relative previsioni di spesa al fine di rientrare nel finanziamento disponibile, come da Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, pari ad €29.267.910,00;

Atteso che il Direttore operativo del CCM ha certificato per l'anno 2005 l'avvenuto adempimento da parte della Regione Abruzzo di quanto previsto dall'art. 4 - lettera e - e dell'art. 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 (Rep. 2271) e che la certificazione per l'anno 2006 avrà come oggetto i risultati della ripianificazione e del monitoraggio dello stato di avanzamento dei Piani regionali sulla base dei cronoprogrammi;

Ritenuto di modificare ed integrare il Piano Regionale di Prevenzione, di cui alla delibera n. 683 del 18 luglio 2005, come modificata ed integrata dalla deliberazione Giunta regionale n. 277 del 29 marzo 2006, con la sostituzione dei progetti di cui alle lettere:

(g) Progetto incidenti stradali;

(h) Progetto incidenti domestici;

(i) Progetto per Obesità;

con quelli ripianificati, individuati come allegati "1" (g) Progetto incidenti stradali, 2 (h) Progetto incidenti domestici e 3 i) Progetto per Obesità al presente atto;

e con l'introduzione di un nuovo progetto individuato come allegato 4 (m) Progetto sulle recidive cardiovascolari al presente atto;

Ritenuto altresì di integrare il progetto (l) allegato alla deliberazione n. 277/06 sulla prevenzione degli incidenti sul lavoro con il relativo cronoprogramma allegato (5) al presente atto e per i progetti dalla lettera (a) alla lettera (f) di individuare come modalità operativa degli stessi i cronoprogrammi allegati 6,7,8,9,10 e 11 al presente atto, sulla base dei quali vanno attestate dal CCM le fasi di avanzamento progettuali;

Ritenuto, infine, di approvare, in sostituzione dell'allegato 1 della deliberazione di Giunta regionale n. 277/2006 l'unito tabulato "A" come risultante dal summenzionato verbale del 4 agosto 2006;

Dato atto della regolarità tecnico-amministrativa nonché della legittimità della presente proposta di deliberazione attestata dalla firma del Direttore Regionale della Sanità;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa, che qui di seguito si intendono riportate ed approvate,

- 1) di modificare ed integrare il Piano Regionale di Prevenzione, di cui alla delibera n. 683 del 18 luglio 2005, come modificata ed integrata dalla deliberazione di Giunta regionale n. 277 del 29 marzo 2006 con la sostituzione dei progetti di cui alle lettere:

- (g) Progetto incidenti stradali;
 - (h) Progetto incidenti domestici;
 - (i) Progetto per Obesità;
con quelli ripianificati ed allegati al presente atto, individuati come allegati "1" (g) Progetto incidenti stradali, 2 (h) Progetto incidenti domestici e 3 i) Progetto per Obesità;
- 2) di approvare il nuovo progetto individuato come allegato 4 (m) Progetto sulle recidive cardiovascolari;
 - 3) di integrare il progetto (l) sulla prevenzione degli incidenti sul lavoro di cui alla delibera n. 277/06 con il relativo cronoprogramma allegato (5) al presente atto e di integrare i progetti dalla lettera (a) alla lettera (f) di cui alla delibera n. 683/05 come modificata ed

integrata dalla D.G.R. n. 277/06 con i relativi cronogrammi, individuati come modalità operativa degli stessi, denominati allegati 6,7,8,9,10 e 11 al presente atto, sulla base dei quali vanno attestate dal CCM le fasi di avanzamento progettuali;

- 4) di approvare, in sostituzione dell'allegato 1 della deliberazione di Giunta regionale n. 277/2006 l'unito tabulato "A" come risultante dal summenzionato verbale del 4 agosto 2006;
- 5) di procedere alla pubblicazione del presente atto sul *Bollettino Ufficiale della regione Abruzzo*.

Segue Allegato

allegato 1

Regione Abruzzo

PROGETTO PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Background

Studi recenti dell'ISS riportano che gli incidenti stradali rappresentano uno dei maggiori problemi di sanità pubblica del nostro Paese e sono la prima causa di morte per la popolazione maschile sotto i quarant'anni. In Italia ogni anno provocano circa 7.500 morti e 20.000 invalidi gravi; ben 150.000 soggetti vengono ricoverati e le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero sono più di 1.500.000. Il gruppo più vulnerabile è costituito dai giovani tra i 15 e i 29 anni, che rappresentano circa un terzo dei 300.000 soggetti morti dal 1970 ad oggi. I costi sociali ed economici che il Paese sostiene sono elevatissimi, intorno ai 13 miliardi di euro l'anno. Questi dati sono stati recentemente ridimensionati dall'introduzione della patente a punti (luglio 2003), che ha portato a una generale diminuzione del fenomeno (circa il 20%): un grosso successo, ma non sufficiente per raggiungere quel 50% di riduzione auspicato dall'Unione europea e dall'Organizzazione mondiale della sanità per il prossimo decennio.

I dati disponibili in Abruzzo sulla incidentalità stradale sono i dati ISTAT e ci mostrano come la situazione locale non differisce da quella nazionale.

Incidenti e persone infortunate

	2002			2003			2004		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
L'Aquila	1.024	35	1.604	936	32	1.462	1.010	25	1.562
Teramo	1.136	63	1.787	1.187	55	1.758	1.277	34	1.941
Pescara	1.267	38	1.889	1.589	26	2.367	1.341	30	1.931
Chieti	1.167	45	1.877	1.237	36	1.998	1.097	48	1.771
Abruzzo	4.594	181	7.157	4.949	149	7.585	4.725	137	7.205
ITALIA	239.354	6.739	341.660	231.740	6.065	327.324	224.553	5.625	316.630

Fonte: ISTAT

Alla luce di quanto sopra evidenziato diventa prioritaria l'attuazione di interventi di sanità pubblica al fine creare le condizioni di una più sicura mobilità.

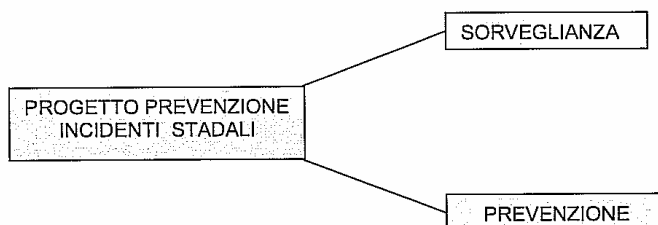


La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli *11* e di *1* facciate ciascuna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Settore Sanità - Igiene Sicurezza Sociale".

Pescara, il 11 SET. 2006

Il progetto

Il presente progetto si articola in una duplice linea d'azione costituita da un lato dall'avvio di sistema di sorveglianza in grado di interpretare correttamente il fenomeno, e dall'altro dalla costruzione di una maggiore cultura della sicurezza stradale attraverso lo sviluppo di azioni di prevenzione mediante campagne di promozione ed educazione alla salute.



Come primo passo si procederà alla istituzione di un comitato regionale deputato al coordinamento del progetto ed alla pubblicazione di un bollettino regionale annuale sulla sorveglianza degli incidenti stradali.

Il predetto comitato sarà affiancato dalla costituzione di un comitato aziendale che andrà

poi a gestire l'attuazione del piano formativo destinato agli operatori impegnati all'attività di prevenzione sul territorio.

Il **Comitato Regionale** prevede i seguenti componenti:

- Rappresentante regionale del Servizio Prevenzione Collettiva, su designazione componente la Giunta, referente del progetto;
- Rappresentante regionale del Servizio Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo qualità, su designazione componente la Giunta;
- Rappresentante aziendale del Dipartimento di Prevenzione di ciascuna AUSL;
- Coordinatore del Progetto in ambito AUSL;
- Rappresentante dei Medici di Medicina Generale, designato dal componente la Giunta;
- Rappresentante dei Pediatri di libera scelta, designato dal comitato.

Il **Comitato Aziendale** prevede i seguenti componenti:



- Rappresentante aziendale del Dipartimento di Prevenzione;
- Coordinatore del Progetto in ambito AUSL;
- Referente dell'Educazione alla Salute;
- Rappresentante dei Consultori;
- Rappresentante del Servizio alcoologia;
- Rappresentante dei Medici di Medicina Generale;
- Rappresentante dei Pediatri di libera scelta.

Il progetto per la prevenzione degli incidenti si articola nel corso di tre anni, 2006-2008.

Formazione

Come prima fase il progetto prevede la formazione dei formatori mediante pacchetti resi disponibili dal CCM.

Il corso si terrà nel mese di novembre 2006 e vedrà impegnati come partecipanti: medici dell'educazione alla salute, personale consultoriale, personale del servizio alcoologia, animatori di formazione dei medici di famiglia e pediatri di libera scelta.

Particolare attenzione verrà posta alla sensibilizzazione degli animatori di formazione dei medici di famiglia e dei pediatri affinché organizzino a loro volta corsi di formazione per tutti i medici e che detto tema venga inserito nei corsi ritenuti obbligatori dalla Regione Abruzzo.

Sorveglianza

Nella sorveglianza è fondamentale la stipula di una convenzione con l'ISTAT per l'acquisizione di dati riguardanti gli incidenti stradali. Già in luglio 2006 sono stati avviati i contatti con tale Istituto.

Il secondo semestre 2006 e primo semestre 2007 vedrà la messa in regime della parte riguardante la sorveglianza mediante l'acquisizione e la elaborazione dei dati. E' fondamentale in tale fase il collegamento attivo tra ISTAT e Servizio Osservatorio epidemiologico della Direzione Sanità.

Prevenzione

La parte inerente la prevenzione riguardante l'educazione alla salute inizierà nel secondo semestre 2007 e si articolerà nelle scuole durante tutto l'anno scolastico 2007/2008.

Il progetto vedrà come attori:

- Il Servizio Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo qualità;
- Il Servizio/Ufficio Medicina della Comunità – per l' Educazione alla Salute della AUSL;



- I Consultori Familiari della AUSL;
- Servizio/Ufficio Alcolologia della AUSL;
- Medici di Medicina generale
- Pediatri di libera scelta

PIANO OPERATIVO della Sorveglianza

Sorveglianza

Il progetto prevede l'istituzione di un *sistema di sorveglianza regionale* che verrà realizzato da parte dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Abruzzo utilizzando le seguenti **fonti di dati**:

- ISTAT
- SDO
- Registri di mortalità

attraverso la realizzazione dei seguenti obiettivi:

1. **Primo obiettivo**
realizzare la stipula di una convenzione ad hoc tra la Regione Abruzzo e l'ISTAT al fine di permettere un flusso di dati informativi relativi agli incidenti stradali da integrare con le altre fonti sopra citate.
2. **Secondo obiettivo**
realizzare nell'ambito della sorveglianza la monitorizzazione dell'evento "incidente stradale" mediante l'elaborazione dei dati e la stesura di un REPORT SEMESTRALE quale utile strumento di riferimento per una migliore programmazione e valutazione degli interventi di prevenzione.

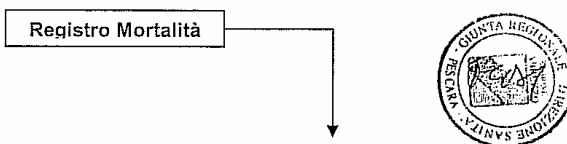
Descrizione dei flussi di dati :

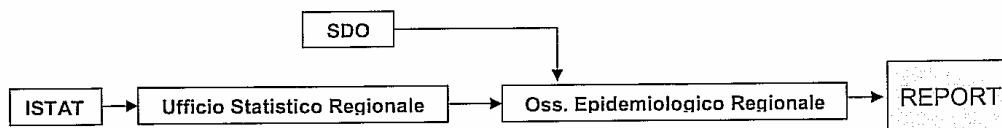
Si prevede la stipula di una convenzione con l'ISTAT per l'acquisizione di dati provenienti dai modelli Aci-Istat su incidenti stradali verificatisi sul territorio della regione Abruzzo.

La convenzione sarà stipulata tra l'Ufficio Statistico Regionale e l'ISTAT.

L'Ufficio Statistico Regionale a sua volta trasmetterà i dati acquisiti all'Osservatorio Epidemiologico per la successiva elaborazione.

Verranno inoltre utilizzati dati provenienti dai Registri Mortalità e dalle SDO che vengono già acquisiti dall'Osservatorio Epidemiologico.



**Risorse:**

Risorse umane: La realizzazione del progetto prevede l'impiego di personale dell'Assessorato Regionale, dell'Agenzia Regionale, dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e delle AUSL. Detto personale realizzerà le attività del progetto durante il regolare orario di servizio.

Risorse economiche: Per la stipula della convenzione con l'ISTAT finalizzata all'acquisizione dei dati dalle schede Aci-Istat inerenti gli incidenti stradali verificatisi sul territorio regionale si prevede la somma massima di € 30.000,00 per AUSL mentre per le restanti spese quali quelle di presentazione e promozione regionale della realizzazione del progetto e quelle di rimborso viaggio e soggiorno per i partecipanti al corso di formazione, secondo le normative vigenti, presso CCM, si prevede la somma massima di € 5.000,00 per AUSL.

Risorse economiche totali € 210.000,00 ad anno, pari a complessivi € 420.000,00 per le due annualità e per l'intero territorio regionale.

Attività:

- Sorveglianza sui principali esiti sanitari da incidenti stradali;
- Rilevazione tramite distribuzione di apposito questionario ad un target di popolazione prevalentemente giovanile.

Risultati attesi e prodotti:

Il risultato atteso dalla realizzazione del progetto è la creazione di un sistema di sorveglianza regionale per gli incidenti stradali.

Il prodotto finale consiste nella realizzazione di un Report annuale che illustrerà il "fenomeno" incidenti stradali in Abruzzo.

Tempi di realizzazione previsti: vedere cronoprogramma

Indicatori: Il comitato regionale di progetto procederà a definire gli indicatori.



Modalità di monitoraggio: Il comitato regionale di progetto procederà a definire le modalità

SORVEGLIANZA INCIDENTI STRADALI

SCHEMA SINTETICA

Attività:	Sorveglianza
Azione:	Creazione di un Sistema di Sorveglianza Regionale per gli incidenti stradali
Obiettivo:	- Istituzione di un sistema di sorveglianza per la prevenzione degli incidenti stradali
Ambito:	Territorio della regione Abruzzo
Risorse:	Personale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale
Tempi:	1 luglio 2006 – 31 dicembre 2008
Risultati attesi:	- Creazione di un sistema di sorveglianza per gli incidenti stradali. - Elaborazione dei dati con produzione di Report semestrali. - Pubblicazione dei Report
Indicatori:	Il comitato regionale di progetto procederà a definire gli indicatori
Monitoraggio:	Il comitato regionale di progetto procederà a definire le modalità

PIANO OPERATIVO della Prevenzione

Prevenzione

Gli interventi di prevenzione consisteranno in INTERVENTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE rivolti alla popolazione giovanile

Tenuto conto che nel nostro paese i 2/3 di incidenti stradali è connesso al consumo dell'alcool e che la fascia d'età maggiormente interessata dal fenomeno è quella giovanile gli interventi di Educazione alla Salute saranno realizzati su un target di popolazione giovanile individuabile in una fascia d'età compresa tra i 15 e i 19 aa. in accordo con quanto menzionato del piano nazionale della prevenzione.

Azione

Realizzazione di un programma di EDUCAZIONE ALLA SALUTE rivolto alla popolazione giovanile..

- o Interventi diretti agli Studenti ed Insegnanti del 2° anno Scuole Superiori verteranno principalmente su aspetti inerenti gli effetti dell'alcool sulla guida al fine di fornire loro un bagaglio di conoscenze e competenze utili per un corretto comportamento durante la guida.



- Incontri di educazione alla salute nei consultori diretti alle donne che frequentano i corsi di preparazione al parto onde contribuire a formare nella madre una maggiore coscienza circa un corretto uso dei dispositivi di protezione individuale (cinture di sicurezza – casco – seggiolini) per sé e per il nascituro.

Obiettivi

Obiettivi Generali:

- Promuovere nei destinatari diretti e indiretti dell'intervento l'adozione di comportamenti adeguati a preservare la sicurezza e la salute propria e delle altre persone.

Obiettivi Specifici:

- Aumentare nei giovani adulti la consapevolezza dei rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcolici
- Promuovere l'utilizzo dei sistemi di protezione individuale
- Sensibilizzare i genitori e neo genitori sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza, seggiolini e cinture, diversificati secondo l'età dei bambini, da applicare e utilizzare sulle vetture.

Ambito Territorio regionale.

Target - Studenti degli Istituti Superiori delle scuole – classi seconde.
- Utenti dei Consultori Familiari delle AUSL.

Risorse

Risorse umane: Gli interventi di educazione alla salute verranno realizzati in orario di servizio da personale della Azienda USL

Medici Referenti dell'Educazione alla Salute	Medicina della Comunità . Dip Prevenzione ASL
Educatori Professionali	Medicina della Comunità . Dip Prevenzione ASL
Personale Consultori Familiari	Medicina della Comunità . Dip Prevenzione ASL
Operatori Servizio/Uffici di Alcoologia	AUSL

Tempi

Vedi: cronoprogramma allegato



Risultati attesi

- 1) Acquisizione di una maggiore consapevolezza dei rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcolici.
- 2) L'adozione di comportamenti adeguati a preservare la sicurezza e la salute propria e delle altre persone.
porterà al miglioramento delle competenze individuali e produrrà:
 - cambiamento degli atteggiamenti e delle consuetudini culturali;
 - stili di guida più sicuri.

Indicatori

Il comitato regionale di progetto procederà a definire gli indicatori

Modalità di Monitoraggio

La modalità di monitoraggio interna prevede riunioni mensili per la valutazione dello stato di attuazione del progetto.



SCHEDE SINTETICHE

Attività:	Educazione alla salute
Azione:	Incontri di informazione-formazione ad alunni ed insegnanti su "Alcolci e guida"
Obiettivo:	- Aumentare nei giovani adulti la consapevolezza dei rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcolici - Promuovere nei destinatari diretti e indiretti dell'intervento l'adozione di comportamenti adeguati a preservare la sicurezza e la salute propria e delle altre persone.
Ambito:	Territorio regionale
Target:	Studenti del 2° anno scuole Superiori ed Insegnanti
Risorse:	Medici referenti dell'educazione alla Salute – Personale Consulitori Familiari – Personale del Servizio/Ufficio Alcoologia
Tempi:	vedere cronoprogramma
Risultati attesi:	raggiungere almeno il 50% delle istituzioni aderenti
Indicatori:	il comitato regionale di progetto procederà a definire gli indicatori
Monitoraggio interno:	il comitato regionale di progetto procederà a definire le modalità

Attività:	Educazione alla salute
Azione:	Incontri di informazione-formazione su Psicologia del comportamento per la sicurezza viaria
Obiettivo:	- Promuovere nei destinatari diretti e indiretti dell'intervento l'adozione di comportamenti adeguati a preservare la sicurezza e la salute propria e delle altre persone
Ambito:	Territorio regionale
Target:	Studenti del 2° anno scuole Superiori ed Insegnanti
Risorse:	Medici referenti dell'educazione alla Salute – Personale Consulitori Familiari – Personale del Servizio/Ufficio Alcoologia
Tempi:	vedere cronoprogramma
Risultati attesi	Il comitato regionale di progetto procederà a definire gli indicatori
Indicatori	Il comitato regionale di progetto procederà a definire le modalità

Attività:	Educazione alla salute
Azione:	Incontri di informazione sull'uso corretto dispositivi di sicurezza
Obiettivo:	Sensibilizzare i genitori e neo genitori della provincia di Pescara sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza, seggiolini e cinture, diversificati secondo l'età dei bambini, da applicare e utilizzare sulle vetture
Ambito:	Consultori del territorio
Target:	Utenza dei consultori
Risorse:	Personale dei consultori familiari
Tempi:	vedere cronoprogramma
Risultati attesi	Raggiungere il 50% dei genitori e neo genitori attraverso anche opuscoli
Indicatori	Il comitato regionale di progetto procederà a definire gli indicatori
monitoraggio	Il comitato regionale di progetto procederà a definire le modalità



Educazione alla salute

1. Fase di preparazione e pianificazione del progetto di Educazione alla Salute

- Predisposizione del progetto
- Costituzione comitato regionale e costituzione comitato aziendale
- Formazione degli operatori
- Preparazione e messa a punto del pacchetto formativo dedicato alle scuole.

2. Fase di presentazione del progetto e formazione degli insegnanti

- Promozione del progetto c/o C.S.A. scuole, ecc.
- Presentazione del progetto ai referenti delle scuole
- Raccolta delle adesioni
- Comunicazione e formazione agli insegnanti

3. Fase di attuazione degli interventi

- Predisposizione di calendario degli incontri
- Effettuazione degli incontri

4. Fase conclusiva

- Raccolta e valutazione dei risultati
- Relazione finale
- Comunicazione dei risultati

Eventuali vincoli o criticità

- Difficoltà a reclutare le scuole
- Motivare gli insegnanti
- Difficoltà a trovare indicatori adeguati



Prospetto 3. Cronoprogramma

Pianificazione del Progetto di Educazione alla Salute anno scolastico 2007-2008						
Codice attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Traguardo	Eventuali Vincoli o Criticità
1) FASE DI PREPARAZIONE E PIANIFICAZIONE						
1	Predisposizione del Progetto di Ed. Salute Costituzione comitati		01.07.2006 01.09.2006	30.07.2006 31.10.2006	Produzione del progetto Emissioni determinazioni ed atti costitutivi	
2	Formazione degli operatori		01.11.2006	30.11.2006	Partecipazione ai corsi del CCM	
3	Preparazione del pacchetto formativo		01.08.2006	15.09.2006	Realizzazione del pacchetto formativo	
2) FASE DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO						
4	Promozione del progetto		01.09.2007	10.09.2007	Raccordo con strutture istituzionali	
5	Presentazione progetto a referenti scuole		10.09.2007	20.09.2007	Raccordo con referenti istituzioni scolastiche	
6	Raccolta delle adesioni		20.09.2007	15.10.2007	Ricezione formale adesione	
7	Comunicazione e formazione insegnanti		15.10.2007	31.10.2007	Somministrazione interventi di aggiornamento	
3) FASE DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI						
8	Predisposizione di calendario degli incontri		01.11.2007	30.04.2008	Predisposizione e composizione calendario incontri	
9	Effettuazione degli incontri		01.11.2007	30.04.2008	Conclusione incontri	
4) FASE CONCLUSIVA						
10	Raccolta e valutazione dei risultati		01.05.2008	31.05.2008	Ricezione dati da parte ASL	
11	Relazione finale		01.06.2008	15.06.2008	Presentazione relazione alla Servizio regionale	
12	Comunicazione dei risultati		16.06.2008	16.06.2008	pubblicazione	
Tot		100				



"allegato 3"

Piano Regionale

Sorveglianza e Prevenzione degli Incidenti Domestici

Anno 2006 - 2008

La sicurezza nell'abitazione come obiettivo di salute



La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 3 e di 18 fascicoli, ciascuna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo Settore Sanità - Igiene Sociale".

Pescara, li 11 SET. 2006

[Handwritten signature]



P R E M E S S E

Gli infortuni domestici sono stati per anni, senza dubbio, uno dei più sottovalutati problemi di salute della popolazione residente nel mondo occidentale e fonte di costi umani, sociali ed economici di enormi dimensioni.

Recenti prese di coscienza hanno indotto i paesi più evoluti ad impegnare più consistenti risorse anche su questo ambito della sanità pubblica.

Il fronte sul quale si sono orientati gli interventi è stato, in realtà, duplice, vertendo sia sullo sviluppo di un sistema informatico per la raccolta dei dati riguardanti le dimensioni del fenomeno, utili anche al successivo monitoraggio, che alla attuazione di programmi di prevenzione con bersaglio la popolazione a rischio.

Il primo ambito citato trova già da tempo elementi utili nelle indagini periodiche dell'Istituto Nazionale di Statistica, con indicatori peraltro non sufficientemente specifici per fornire un quadro approfondito della problematica in discussione.

Utili, ad ogni modo, per individuare come popolazioni a rischio quelle a collocazione nell'infanzia (0-5 ani) nell'età avanzata (ultrasettantenni), cui va aggiunta quella trasversale delle casalinghe.

La realtà su cui opera la Regione Abruzzo non offre, a riguardo, sostanziali discostamenti da quella nazionale, volendo utilizzare la sopra citata indagine come riferimento.

Più circostanziato appare, invece, il quadro che emerge con l'utilizzazione del Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA) integrato con i dati a provenienza dalle S.D.O.

Questo Sistema, infatti, presenta alcuni parametri relativi all'incidente in grado di delineare meglio circostanze dello stesso.

La conoscenza della dinamica dell'evento, associata alla individuazione delle conseguenze dello stesso, consente di avere a disposizione, infatti, elementi più circoscritti e migliori premesse per la susseguente fase di prevenzione del fenomeno.

La Regione Abruzzo aveva, in merito, già attivato presso cinque servizi di Pronto Soccorso (Pescara, L'Aquila, Chieti, Teramo ed Atri (TE) osservatori afferenti l'attività del SINIACA, così da disporre di fonti di riferimento adeguate (46 per cento della popolazione residente) e continuamente aggiornate che consentissero l'analisi del problema (anno 2005 - all. n. 1).

O B I E T T I V I D E L P R O G E T T O

- La sorveglianza dell'evento Incidente Domestico sui quattro ambiti provinciali mediante il S.I.N.I.A.C.A. con acquisizione di tutti i parametri utili per la comprensione del fenomeno .

- L'attività di prevenzione destinata alla popolazione bersaglio da porsi in atto inizialmente per la prima annualità sul territorio della provincia di



Pescara e successivamente estenderla alle altre province nel corso di piani di prevenzione successivi.

COMITATO DI PROGETTO

Nella fase iniziale viene istituito un Comitato Regionale deputato in generale al coordinamento del progetto, alla verifica dello stato di attuazione della fase di sorveglianza e successivamente alla verifica della fase di prevenzione sul territorio della Provincia di Pescara.

Uno dei compiti del Comitato è quello dell'analisi periodica dei flussi dalla periferia, la cui utilità per gli operatori della prevenzione è legata alla tempestività dei dati disponibili.

Ne scaturirà un bollettino a cadenza periodica, completo di dati statistici e loro interpretazioni, con contenuti molto ravvicinati ai tempi di acquisizione dei dati nei vari punti di rilievo periferici.

Oltre a fornire l'input per impegnare le strutture al rispetto delle scadenze di trasmissione dei flussi SINIACA il Comitato, così come integrato nel presente progetto, coordinerà l'avanzamento delle due fasi del progetto (sorveglianza e prevenzione) ed eventuali criticità da dirimere.

Si occuperà inoltre per la fase della prevenzione dei rapporti con i destinatari delle campagne informative e di educazione alla prevenzione (Associazioni, Ufficio Scolastico Regionale e sue emanazioni provinciali, Istituzioni comunali, ecc.).

Con questi presupposti la composizione del Comitato è la seguente :

- Un rappresentante regionale del Servizio Prevenzione Collettiva designato dal Componente la Giunta preposto alla sanità;
- Un rappresentante dell'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo designato dal Direttore dell'Agenzia;
- Un rappresentante del Servizio Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo qualità della Direzione Sanità, designato dal Componente la Giunta preposto alla Sanità;
- I responsabili dei Servizi di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri coinvolti;
- Un rappresentante dei Medici di Medicina Generale designato dal Componente la Giunta;
- Un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta designato dal Comitato regionale di pediatria di libera scelta;
- Un rappresentante della AUSL di Pescara designato dal Direttore generale nell'ambito del Servizio medicina di Comunità.

SORVEGLIANZA

Preliminarmente, subito dopo la costituzione del Comitato regione del progetto viene attivata presso il Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Sanità una Commissione per la sorveglianza composta dal



Responsabile dell'Ufficio Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro, dal Responsabile dell'Ufficio Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica, dai Responsabili dei Pronto Soccorsi coinvolti nel SINIACA, dal Responsabile dell'Ufficio Osservatorio epidemiologico e controllo qualità, dal Responsabile del Servizio /Ufficio medicina delle Comunità della AUSL di Pescara.

Il monitoraggio continuo dell'evento Incidente Domestico con il predetto Sistema Informatico, utilizza come riferimento gli accessi riconducibili alle sedi di Pronto Soccorso della Regione Abruzzo già coinvolte nella precedente campagna del S.I.N.I.A.C.A.

I dati inseriti dagli operatori del Pronto Soccorso sui terminali già nel 2005 vanno implementati a decorrere dal 1/10/2006 a tutto il 30/09/2008 per 24 mesi continuativi e costituiscono i flussi informatici del SINIACA, la cui costanza e tempestività d'invio alla Regione è il passaggio essenziale per la costituzione e l'aggiornamento di una banca dati di riferimento.

Questi, per una miglior qualità dell'informazione, includono anche il codice SDO, che, come da disposizioni regionali, viene inserito nell'archivio dati delle schede individuali per incidente in casa.

La elaborazione trimestrale a livello centrale consentirà di avere a disposizione aggiornamenti costanti sui trend del fenomeno così da permettere l'attuazione dei progetti di prevenzione calati nella presente realtà e di valutare l'andamento degli stessi.

PREVENZIONE

Dal 1/10/2007 oltre alla prosecuzione della rilevazione dei flussi il progetto mira nell'ambito pilota individuato, sufficientemente rappresentativo della realtà abruzzese e come tale in grado di essere agevolmente esportato al resto del territorio in questione a realizzare attività di Prevenzione.

Il contesto è individuato nella A.S.L. di Pescara nella quale, per diversificazione dei contesti geografici, bacino d'utenza, numero di accessi al Pronto Soccorso e presenza di strutture ad alta specializzazione (ad es. divisione di neurochirurgia), sembra prestarsi più delle altre ad anticipare quanto poi potrà essere esteso sulle restanti Aziende.

Nella AUSL va costituita una Commissione Aziendale che acquisirà, le elaborazioni regionali dei dati a provenienza dal Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Civile Abitazione e andrà a gestire il piano formativo destinato agli operatori impegnati nell'attività di prevenzione sul territorio e le sue successive ricadute sulla popolazione.

In particolare alla Commissione spetterà la scelta del tipo di corsi più opportuni tra quelli proposti dal Ministero della Salute per il Progetto.

Alla medesima, inoltre, competerà l'individuazione delle unità destinate ad essere inviate presso il Ministero per l'acquisizione delle funzioni di formatori, nonché l'organizzazione della relativa fase logistica.

Stabilirà, altresì, quali saranno le figure da formare in sede locale, la gestione pratica di questo passaggio fondamentale ed i dettagli relativi alle



strategie da attuare sulla popolazione bersaglio così come individuata dal S.I.N.I.A.C.A.

Ciò consentirà di avere gli elementi utili per impostare gli interventi di prevenzione e soprattutto avere aggiornamenti periodici relativi ad eventuali nuove tendenze od evoluzioni delle situazioni e/o ambienti a rischio

La Commissione è costituita :

- Il Direttore Sanitario della AUSL;
- Il coordinatore del Dipartimento di Prevenzione
- Il responsabile del Servizio / Ufficio Medicina della Comunità
- Il responsabile del Servizio d'Igiene e Sanità Pubblica
- Un rappresentante del Gruppo Educazione Sanitaria della AUSL
- Un rappresentante degli operatori dei Consultori
- Un rappresentante dei Medici di Medicina Generale
- Un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta.

Dopo la costituzione della Commissione aziendale partirà la formazione dei formatori ed a seguire quella destinata, a ricaduta, sugli operatori deputati alla fase attuativa del progetto, quest'ultima articolata in maniera da fornire al personale coinvolto le conoscenze tecniche e gli strumenti per poter intervenire efficacemente sulla popolazione bersaglio, è possibile la messa a regime degli interventi di prevenzione.

Questi, come è noto, individuano ben precise fasce a rischio nell'ambito degli anziani, casalinghe e bambini fino a cinque anni.

Con questi presupposti, si può prevedere che il successivo programma biennale sia strutturato nella seguente maniera:

La formazione-informazione nell'ambito dell'incidentalità domestica indirizzata ad alunni e/o insegnanti delle scuole dell'obbligo presenti sul territorio della A.S.L sarà rivolta in particolare:

a) docenti di scuola materna per poter attribuire loro un bagaglio di competenze utili sull'argomento da trasferire poi sugli alunni mediante tecniche didattiche insite nelle loro specificità professionali (attività grafiche, verbali, giochi, ecc.).

b) studenti iscritti alla scuola primaria (V anno) e secondaria di primo grado (III classi), in quanto futuri protagonisti anche nell'ambito delle attività quotidiane dell'abitazione.

All'interno all'impegno presso le scuole materne è possibile prevedere anche il coinvolgimento dei genitori dei piccoli allievi mediante incontri informativi relativi ai rischi in casa nella prima infanzia.

Si aggiunge poi il fronte relativo all'utenza femminile, utilizzando le strutture consultoriali familiari presenti sul territorio, la cui distribuzione permette di svolgere un lavoro capillare in tale direzione.

Il target in questo caso è costituito dalle donne in gravidanza afferenti alle predette sedi in occasione dei corsi di preparazione al parto.

Una figura professionale dedicata, informerà le future madri sui rischi presenti nell'abitazione, sia per quanto riguarda le problematiche della casalinga che del bambino nei primi anni di vita.



I predetti operatori, in raccordo con i servizi sociali dei Comuni, svolgeranno la loro attività di counseling anche mediante accesso alle abitazioni di utenti individuati per condizioni, situazioni od ambienti potenzialmente a rischio.

Oltre alle precedenti, viene coinvolta nelle attività anche la popolazione anziana con incontri informativi, da parte del personale formato, presso tipici luoghi di aggregazione (circoscrizioni, associazioni, ecc.).

Tali interventi avranno un duplice impatto, essendo indirizzati sia verso la sensibilizzazione sui rischi presenti nell'abitazione che nei confronti della promozione dell'attività fisica in quanto mezzo di supporto al mantenimento di un buon equilibrio psico-fisico utile ad un ottimale orientamento anche in ambiente domestico.

In questo caso, per una più efficace penetrazione del messaggio, potranno essere coinvolti i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, formati da formatori della loro stessa area professionale, così come avviene già in altri loro ambiti, e supportati da materiale informativo (opuscoli e poster) da porre a disposizione degli assistiti nei propri ambulatori.

PIANO OPERATIVO

Come risulta dal cronogramma sottoriportato

PREVENTIVO DELLE SPESE

Per il SINIACA la spesa è valutata preventivamente entro i € 100.000,00 per la rilevazione di dati di almeno dodici mesi continuativi. La spesa complessiva per 24 mesi continuativi è programmata in € 200.000,00. Per la formazione di almeno cinque formatori addetti della AUSL e relative spese di viaggio ed alloggio fuori sede sono preventivati € 5.000,00.

Costo complessivo pertanto è pari a € 205.000,00.

CONCLUSIONI

Pur in assenza di precedenti sperimentazioni su larga scala in materia, la pregressa positiva esperienza di strutture già dedicate alla raccolta di dati epidemiologici (SINIACA), alla elaborazione degli stessi e soprattutto la presenza di personale in grado di gestire sul territorio della A.S.L. di Pescara la successiva fase di attuazione d'interventi di educazione e promozione della salute (Dipartimento di Prevenzione), appare costituire valido presupposto per ottenere significative ricadute nella prevenzione dei rischi in un ambito ad alta incidenza di danni come quello domestico.



CRONOPROGRAMMA

PIANIFICAZIONE							RENDICONTAZIONE			
N° fase	Descrizione Attività	Quota Parte (%)	Data inizio prevista	Data Termine prevista	Traguardo	Eventuali Vincoli o Criticità	Data inizio effettiva	Data Termine effettiva	Valore Rilevato traguardo	Note
1	Costituzione comitato regionale Progetto e relativo insediamento	3	1.10.06	Fine 2008	Attestazione Formale					
2	Avvio e implementazione rilevazione dati SINIACA presso i Pronto soccorsi dei presidi individuati per 24 mesi	20	1.10.2006	30.09.2008	Idem					
3	Costituzione commissione aziendale progetto	3	30.11.06	Fine 2008	Idem					
4	Fase formativa dei formatori	10	Marzo 2007	30.04.2007	Idem					
5	Fase formativa Degli operatori	10	Maggio 2007	Luglio 2007	Idem					
6	Interventi popolazione scolastica	20	1.10.07	A tutto 2008	Idem					
7	Interventi popolazione casalinghe	15	1.03.08	A tutto il 2008	Idem					
8	Interventi popolazione anziani	15	1.10.08	A tutto il 2008	Idem					
9	Coinvolgimento Medici di Medicina Generale e Medici Pediatri di Libera scelta	4	1/07/2008	A tutto 2008						



Allegato 1 Analisi Introduttiva Dati SINIACA Abruzzo anno 2005

La Regione Abruzzo ha partecipato sin dalla sua fase pilota all'avvio del Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione, a questo scopo la Regione, oltre aver partecipato con propri rappresentanti ai lavori del gruppo tecnico centrale di coordinamento del sistema ha fornito nel 2002 i dati estratti dalle schede di dimissione ospedaliera relativi ai ricoveri secondari ad incidente domestico nella regione.

Nel corso del 2005, a partire dal mese di marzo è stata attivata la sorveglianza di pronto soccorso in un campione 5 di centri ospedalieri di seguito elencato:

Ospedale	ASL
OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE	104 L'AQUILA
OSPEDALE CIVILE S. LIBERATORE	106 TERAMO
OSPEDALI RIUNITI SS ANNUNZIATA	102 CHIETI
OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO	105 PESCARA
OSPEDALE MAZZINI	106 TERAMO

Tale campione è molto ampio in quanto in termini di bacino d'utenza ospedaliero sotto osservazione rappresenta il 46 per cento della popolazione residente abruzzese.

Durante questa fase del SINIACA sono pervenuti al sistema e di conseguenza analizzati circa 10.127 casi di accessi al pronto soccorso presso gli ospedali sopra indicati, tenendo conto dei mesi rilevati (in media 8 su 12) si possono stimare circa 16.000 accessi all'anno nel complesso degli ospedali considerati.

Dai dati di pronto soccorso stimati, dimensionando il potenziale bacino di utenza dei centri di rilevazione, possiamo calcolare in Abruzzo nell'anno 2005 un'incidenza di circa 2.500 arrivi in PS per 100.000 abitanti/anno che in valori assoluti significa circa 32.000 all'anno (tab.1).

TAB.1
STIMA INCIDENZA DEGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO PER INCIDENTE DOMESTICO E PROIEZIONE REGIONALE ABRUZZO - ANNO 2005

Ospedale	Bacino Utenza	Accessi	Incidenza Accessi PS	Proiezione Accessi PS
S. Salvatore (AQ)	101.069	1.176	1.164	14.821
Mazzini (TE)				
S. Liberatore (Atri - TE)	186.084	4.383	2.271	28.916
Riuniti SS. Annunziata (CH)	108.802	3.036	2.790	35.525
Spirito Santo (PE)	194.796	7.730	3.968	50.524
Totale	590.751	16.324	2.531	32.220

Questo dato è sostanzialmente in linea con quello calcolato sul campione nazionale SINIACA nel 2004 (ca. 2.300 arrivi per 100.000 abitanti anno).

Di questi pazienti circa l'8 per cento viene ricoverato pari a circa 2.600 casi con un'incidenza di ricovero ospedaliero secondario ad incidente domestico di circa 200 soggetti all'anno ogni 100.000 abitanti nella Regione nel corso del 2005 (tab. 2); anche in questo caso si osserva un'incidenza in linea con quella stimata a livello nazionale (231 ricoveri per 100.000 abitanti/anno nel 2004).



TAB.2
STIMA INCIDENZA DEI RICOVERI PER INCIDENTE DOMESTICO E PROIEZIONE REGIONALE ABRUZZO -
ANNO 2005

Ospedale	Bacino Utenza	Ricoveri	Incidenza Ricoveri	Proiezione Ricoveri
S. Salvatore (AQ) Mazzini (TE)	101.069	80	79	1.002
S. Liberatore (Atri - TE)	186.084	232	125	1.591
Riuniti SS. Annunziata (CH)	108.802	308	283	3.599
Spirito Santo (PE)	194.796	658	338	4.303
Totale	590.751	1.278	204	2.595

L'Abruzzo ha fornito anche per l'anno 2004 (ed il primo semestre del 2005) i dati delle schede di dimissione ospedaliera relativi ai ricoveri ospedalieri con diagnosi principale o secondaria di trauma. Si tratta di 32.397 casi, nel 67 per cento di questi tuttavia non è indicata la causa del trauma. Possiamo utilizzare quale criterio di controllo l'indicazione di ricovero desumibile dalla sorveglianza di PS rispetto alla quale, nel caso degli incidenti domestici, dalle SDO si desume una sottostima nel numero dei ricoveri del 20 per cento rispetto al valore atteso calcolato dai dati di PS del SINIACA, essendo stati registrati nelle SDO 2.184 casi di ricovero ospedaliero per incidente domestico nell'anno 2004. E' possibile, pertanto utilizzare i dati SDO per un confronto interno delle distribuzioni di frequenza e per il calcolo delle incidenze per gruppi di età-sesso specifici mediante opportuna riparametrazione.

Si noti che analogamente a quanto osservato nel campione SDO nazionale del 2002 in Abruzzo nel 2004 gran parte dei ricoveri riguardano persone adulte tra i 20 ed i cinquanta anni d'età. Tra i maschi, che rappresentano il 55 per cento della casistica, questo è gruppo più numeroso, mentre tra le donne il numero di ricoveri cresce all'aumentare dell'età (fig. 1).

Questo dato dipende strettamente dalla distribuzione per età della popolazione residente nella regione e ci indica una maggiore probabilità di osservare una persona adulta in pronto



SOCCORSO.

Distribuzione Percentuale Ricoveri per Incidente Domestico - Abruzzo SDO 2004

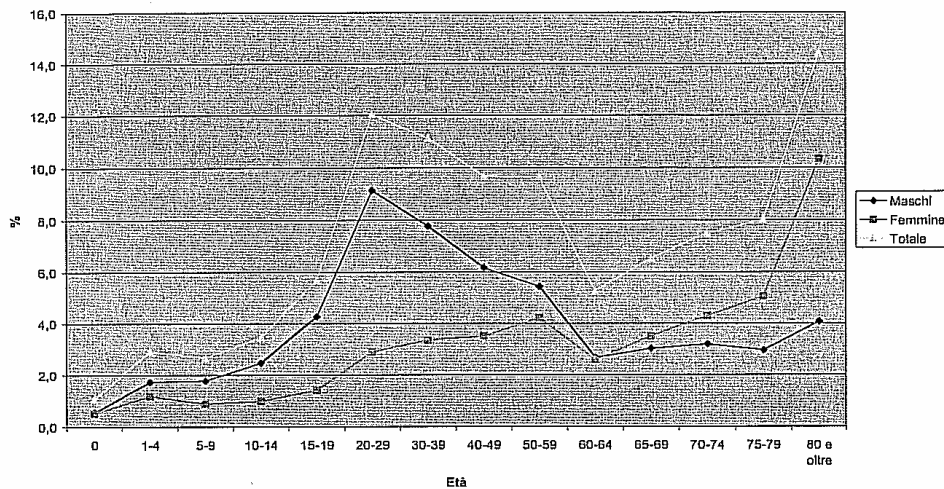


Fig. 1

Tuttavia se ragioniamo in termini di rischio, al netto dell'effetto del loro peso sulla popolazione totale, i bambini in età prescolare e gli anziani oltre i 65 anni sono i gruppi a maggior rischio indipendentemente dal sesso (fig 2.).

Incidenza di Ricovero Ospedaliero per 100.000 abitanti - Abruzzo SDO 2004

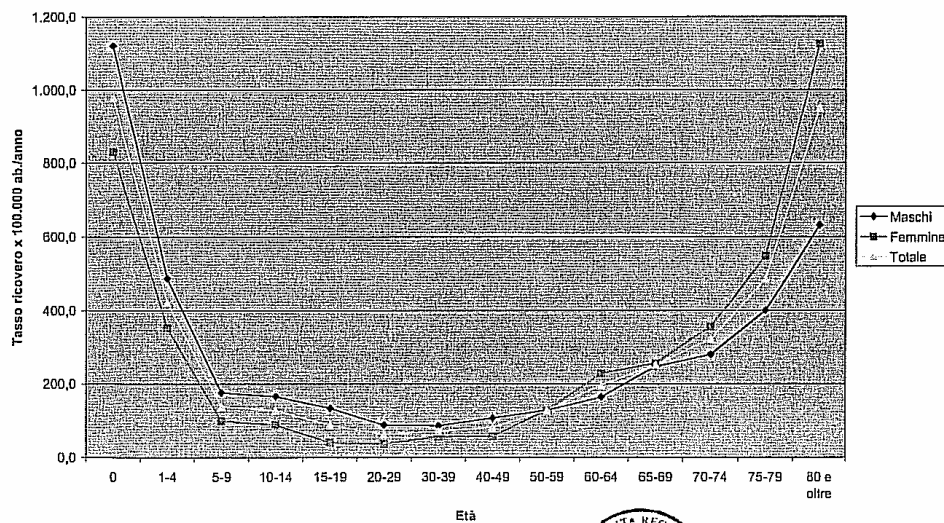


Fig. 2

Si noti come i bambini con meno di un anno di età e corrispondentemente gli anziani ultraottantenni presentino un'incidenza di circa 1.000 ricoveri per 100.000 abitanti all'anno secondari ad incidente domestico circa 5 volte il valore medio del complesso della popolazione. Questo dato ci viene confermato dalla rilevazione di PS del SINIACA la cui codifica ci permette di stratificare la casistica traumatologica secondo una prima valutazione di gravità. Infatti vediamo che i picchi di frequenza dei pazienti che hanno avuto necessità di assistenza più urgente in pronto soccorso sono rappresentati da bambini sotto i cinque anni (il 60 per cento di tutti codici rossi ed il 23 per cento di quelli gialli) e da anziani oltre i 70 anni (30 per cento di codici rossi e 20 per cento di gialli). Quindi non solo in termini di rischio individuale, ma anche quanto a carico di lavoro sui servizi sanitari questi gruppi di popolazione rappresentano la casistica potenzialmente più grave. Questo per i bambini può certamente dipendere da uno stile di intervento che tenda a privilegiare i più piccoli, ma questo discorso non vale per gli anziani. Per le età adulte vediamo che gran parte dei casi non hanno richiesto assistenza immediata o addirittura l'assistenza urgente ospedaliera non era il livello d'intervento più appropriato (codici bianchi) poiché si sarebbe potuto ricorrere più opportunamente all'assistenza di base o territoriale distrettuale.

Distribuzione Percentuale Accessi PS per ID per codice di Triage ed Età - Abruzzo SINIACA PS 2005 (n=10.127)

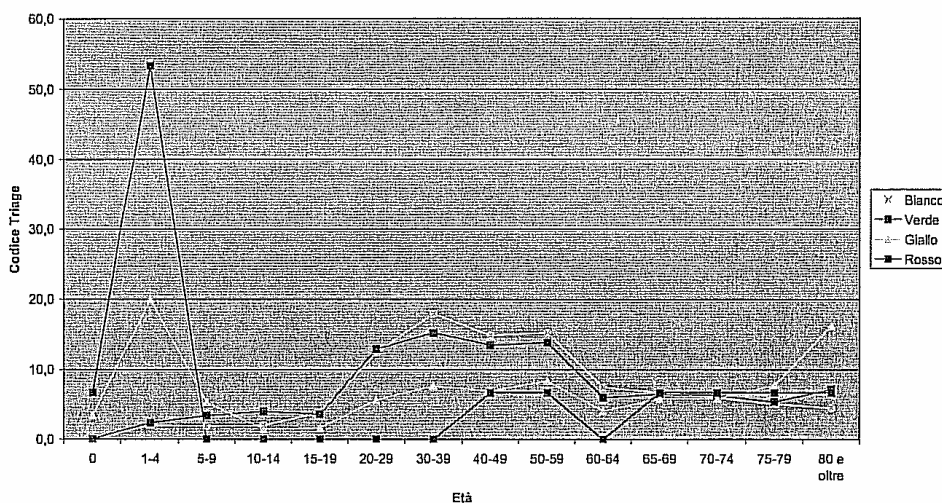


Fig. 3

Queste osservazioni introducono l'opportunità, per valutare la rilevanza sanitaria degli incidenti registrati, di stratificare gli eventi secondo una matrice di frequenza/gravità. Vi saranno eventi accidentali: a) frequenti e gravi, b) frequenti ma non gravi, c) non frequenti ma gravi. Per valutare la numerosità degli eventi sarà utile ritornare alla casistica osservata in pronto soccorso e considerarla secondo la dinamica di accadimento dell'evento accidentale. Vediamo che, come atteso ed osservato nel campione nazionale, anche in Abruzzo le dinamiche d'incidente che più frequentemente determinano l'arrivo in pronto soccorso sono le cadute, che



da sole rappresentano circa la metà degli eventi, le ferite da punta/taglio e gli urti che coprono rispettivamente il 19 ed il 15 per cento della casistica di pronto soccorso (fig. 4). Vi sono, tuttavia, eventi che sia pur più rari nell'osservazione in pronto soccorso non vanno trascurati in quanto possono potenzialmente causare traumi gravi. Così l'ingestione di corpi estranei (5 per cento dei casi), le ustioni e corrosioni (3 per cento), gli avvelenamenti e intossicazioni (0,4 per cento).

Distribuzione Percentuale Arrivi PS per Incidente Domestico per Dinamica - Abruzzo SINIACA PS 2005 (n=10.127)

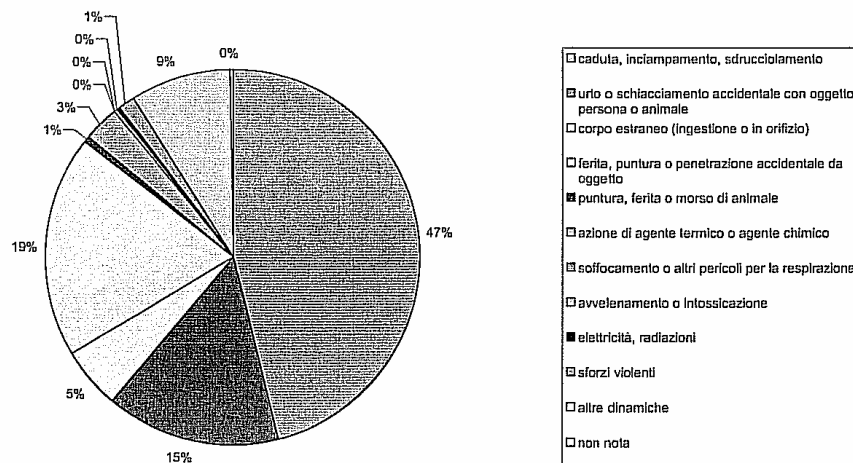


Fig. 4

Uno degli aspetti più interessanti nella struttura del sistema SINIACA è la possibilità di collegare l'informazione di pronto soccorso con quella di dimissione ospedaliera. Tale record linkage tra la scheda di pronto soccorso SINIACA e la SDO in Abruzzo è stato realizzato nel 75 per cento dei casi che, nel campione SINIACA, hanno avuto indicazione di ricovero. Per questi casi possiamo collegare il numero di scheda di pronto soccorso con quello SDO e pertanto la descrizione dell'evento accidentale registrata al pronto soccorso con le informazioni traumatologiche contenute nella SDO e codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM. Ciò permetterà di collegare direttamente la descrizione codificata dell'incidente ad una stratificazione dei casi per gravità clinica, secondo scale standardizzate accettate internazionalmente, mediante punteggi attribuiti con programmi automatizzati di assegnazione disponibili a livello internazionale e di cui una versione recente per l'Italia è stata sviluppata dall'Istituto Superiore di Sanità.

In questa sede per avere un'idea della distribuzione per frequenza/gravità degli eventi sarà sufficiente confrontare la distribuzione delle dinamiche d'incidente osservate in PS con quelle dei casi con conseguente dimissione ospedaliera. Questo nell'ipotesi che il ricovero ospedaliero sia indice di una casistica traumatica mediamente più grave.

Si veda come le cadute quasi raddoppiano il loro peso (dal 47 all'82 per cento) giungendo a rappresentare la quasi totalità degli eventi, mentre gli urti e le ferite da punta/taglio si riducono rispettivamente di 5 e 4 volte rispetto a quanto osservato in PS (fig. 5). Riguardo agli



avvelenamenti, alle ustioni e al soffocamento da corpo estraneo la registrazione di questi eventi relativamente al ricovero sconta anche il fatto che nei casi più gravi si prevede l'invio presso strutture specializzate (e pediatriche per i CE) non presenti nel campione di PS considerato.

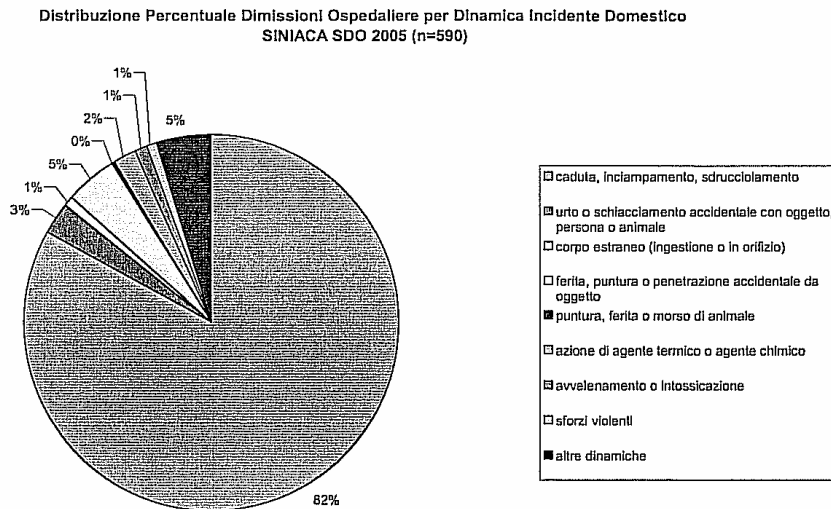


Fig. 5

Dunque possiamo cominciare a un primo livello ad inquadrare le dinamiche d'evento nella suddetta matrice frequenza/gravità a questo scopo sarà utile osservare come tali dinamiche si distribuiscano nei gruppi di popolazione età-sesso specifici (fig. 6 e 7).



Distribuzione Percentuale Arrivi PS Incidente Domestico nei Maschi per Età e Dinamica - Abruzzo
SINIACA PS 2005 (n = 4.810)

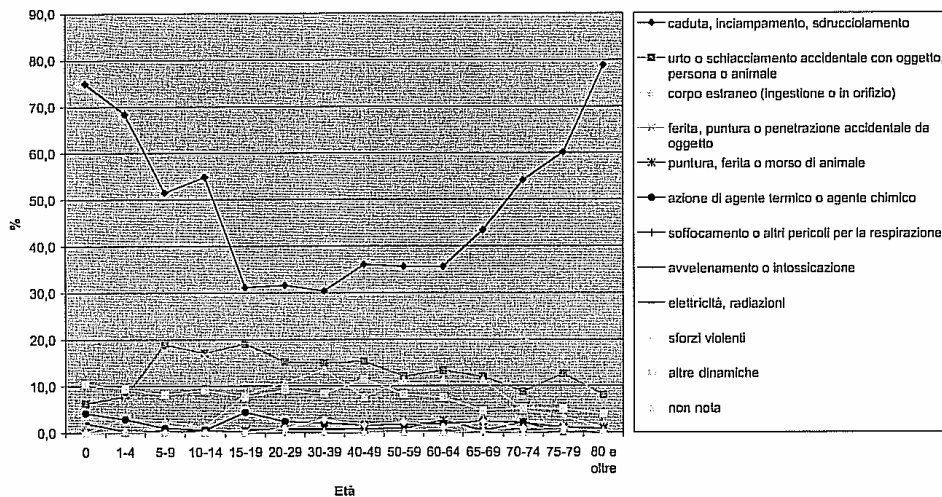


Fig. 6

Distribuzione Percentuale Arrivi PS Incidenti Domestici Femmine per Età e Dinamica - Abruzzo
SINIACA PS 2005 (n=5.238)

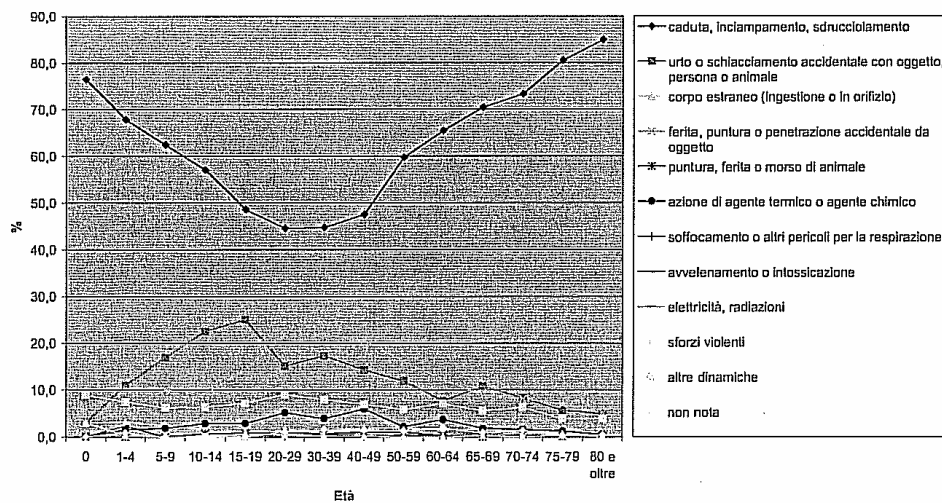


Fig. 7



Possiamo definire le cadute come evento frequente e grave perché sono comunemente osservabili in pronto soccorso (40 per cento della casistica per i maschi e 62 per cento per le femmine) e rappresentano oltre l'80 per cento delle dimissioni ospedaliere per incidente domestico registrate. Tale evento rappresenta la prima causa di arrivo in ciascuna classe d'età sia nei maschi sia nelle femmine. Per queste ultime il fenomeno è ancor più accentuato sia pure con un andamento simile a quello dei maschi, inoltre in entrambi i sessi in ciascuno dei due gruppi, bambini in prescolare ed anziani ultrasessantenni, la caduta determina oltre il 70 per cento degli Arrivi in PS per incidente domestico. A conferma della gravità del fenomeno in questione nei ricoveri ospedalieri le proporzioni dei suddetti gruppi aumentano rispettivamente al 92 ed all'82 per cento (fig. 8). Da notare che nel bambino sotto l'anno mentre in PS le cadute sono pari al 75 per cento dei casi e la seconda dinamica più frequente sono gli urti (5 per cento), facendo invece riferimento alla casistica potenzialmente più grave dei ricoveri le uniche due dinamiche osservabili sono le cadute che salgono al 95 per cento dei casi e le ustioni che, scarsamente osservabili in PS (2,4 per cento), sono invece il 5 per cento dei ricoveri per questo gruppo. Analogamente nei bambini tra 1 e 4 anni le cadute passano dal 68 per cento in pronto soccorso al 76 per cento dei ricoveri, mentre un evento raro in PS quale l'ustione (1,1 per cento) è molto più frequente in ricovero (5,4 per cento). Proporzione questa ultima uguale a quella dell'ingestione di corpo estraneo che in PS si osservava nel 3,1 per cento dei casi. Possiamo concludere che nei bambini le ustioni, gli avvelenamenti e l'ingestione di corpi estranei sono fenomeni rari (all'osservazione in PS), ma potenzialmente gravi, come ci testimoniano indirettamente le maggiori frequenze relative tra i ricoverati di queste età, dove le succitate cause di incidente sono ciascuna osservabile rispettivamente in numero di uno ogni venti casi registrati. Va sottolineato che le lesioni seguono il mutamento evolutivo del bambino, pertanto, mentre sotto l'anno sono dovute sostanzialmente a cadute (da posizione di stazionamento fisso, come ci testimoniano le descrizioni aperte degli incidenti), nonché ad ustioni, tra 1 e 4 anni compaiono lesioni quali ingestioni di corpi estranei, avvelenamenti ed urti legate alla maggiore capacità di movimento ed autonomia del bambino. La frequenza degli urti tende ad aumentare con la crescita del soggetto sino a raggiungere il suo massimo nell'età adolescenziale. Andamento simile presentano le ferite da punta/taglio il cui incremento è però più spostato sull'asse delle età e tende a raggiungere la frequenza massima nelle età adulte, segno indiretto di una maggiore autonomia nella manipolazione di oggetti. Urti e ferite si caratterizzano quali eventi frequentemente osservabili in PS con percentuali tra il 15-20 per cento della casistica, ma potenzialmente meno gravi come segnalato indirettamente dalla loro presenza tra i pazienti ricoverati che scende al 2-3 per cento dei casi. Tali cause di incidente riguardano prevalentemente soggetti adulti.

Per concludere vale la pena di notare che le cadute, causa più frequente e grave tra quelle osservate, quando comportano ricovero ospedaliero riguardano prevalentemente soggetti anziani: per il 70 per cento sono relative a soggetti ultrasessantenni.



Distribuzione Percentuale Ricoveri incidente Domestico per Età e Dinamica - Abruzzo SINIACA PS 2005 (n = 791)

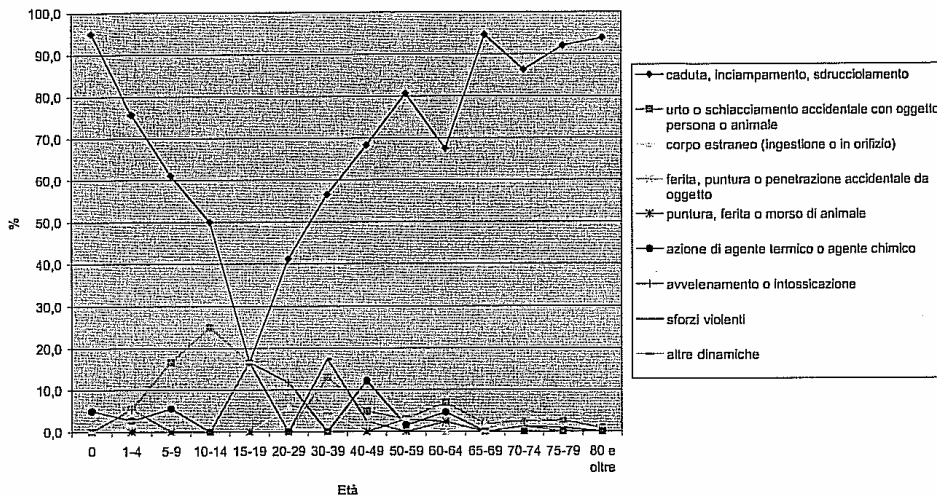


Fig. 8

Con riferimento alla descrizione dell'incidente sarà utile conoscere quali sono i principali ambienti della casa in cui sono occorsi i traumi osservati in pronto soccorso. Innanzitutto osserviamo come il 30 per cento circa degli arrivi in PS secondari ad incidente domestico avvenga in pertinenze esterne dell'abitazione (parcheggio, cortile, giardino, altre pertinenze), questa è la modalità più frequente (fig. 9). Gli altri locali specifici in cui più frequentemente avvengono gli incidenti sono la cucina (23 per cento) e questo dato è influenzato dalle ferite da taglio/punta, la camera da letto (13 per cento) e le scale (12 per cento). Di particolare interesse sono queste due parti dell'abitazione perché le attività che vi si svolgono sono prevalentemente associabili al rischio di caduta. Da notare che le scale presentano un'alta proporzione di incidenti in rapporto al presumibile minor tempo di esposizione dovuto al fatto che si permane in questa zona normalmente meno che in altri locali della casa, dunque le scale presentano un maggior rischio di incidente. Sempre associabili al rischio di caduta il soggiorno ed altri locali interni alla casa (corridoi, etc.) che in totale rappresentano il 15 per cento degli eventi accidentali. Nel complesso i su indicati locali interni, maggiormente associabili al rischio di caduta, determinano il 40 per cento degli arrivi osservati e nel loro insieme sono l'ambiente di più frequente accadimento degli incidenti. Va sottolineato, infine, che la cucina e il bagno, che insieme coprono il 30 per cento della casistica accidentologica, sono i luoghi in cui si maggiormente concentrano i rischi di ustione, avvelenamento, elettrocuzione.



Distribuzione Percentuale Accessi PS Incidente Domestico per Ambiente Accadimento - Abruzzo
SINIACA PS 2005 (n = 10.127)

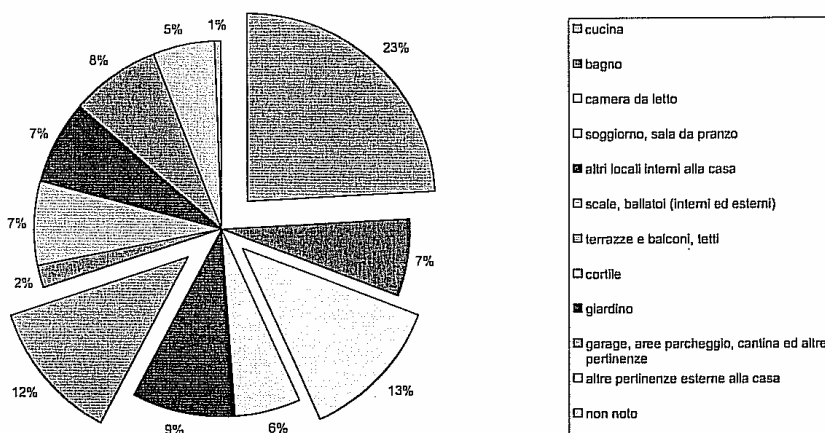


Fig. 9

Per verificare le possibili associazioni sarà utile incrociare i dati relativi all'ambiente di incidente, mediante questa operazione è possibile creare un ranking delle più frequenti cause esterne d'incidente (tab. 3).

Classifica principali cause di arrivi PS per incidente domestico Dinamica Ambiente Abruzzo SINIACA PS 2005 (n = 10.127)		
Rango	Causa esterna incidente	%
1	caduta scale	10,9
2	caduta cucina	8,6
3	caduta camera letto	8,6
4	ferita taglio/punta cucina	8,1
5	caduta altri locali int.	4,9
6	caduta bagno	4,6
7	caduta cortile	4,1
8	caduta soggiorno	3,3
9	caduta giardino	2,9
10	urto cucina	2,9
11	caduta altre pert. est.	2,3
12	ferita taglio/punta garage	2,2
13	ferita taglio/punta giardino	1,8
14	urto giardino	1,8
15	urto camera letto	1,8
16	altre dinamiche cucina	1,7
17	corpo estraneo garage	1,6
18	caduta garage	1,6
19	ustione reazione chimica cucina	1,5
20	urto garage	1,3
	totale	76,6



Tab. 3

Come si vede al primo posto vi sono le cadute dalle scale, seguono con valori simili le cadute in camera da letto ed in cucina, nonché in questo ultimo locale le ferite da taglio/punta. Seguono le cadute in altri ambienti interni ed esterni della casa seguite dagli urti e dalle ferite in varie zone dell'abitazione (interne/esterne). In chiusura di classifica i corpi estranei in soggetti che si trovavano in garage/cantina e le ustioni e corrosioni avvenute in cucina, dove normalmente sono presenti fonti di calore e vengono riposti agenti chimici. Queste prime 20 cause da sole rappresentano circa il 77 per cento degli eventi.

Sarà utile osservare come le diverse dinamiche si manifestino nei vari ambienti (fig. 10). Le cadute determinano la maggior parte degli infortuni avvenuti sulle scale (circa il 90 per cento di quelli contratti in questo ambiente) e in altre parti interne della casa quali camera da letto, bagno, soggiorno, corridoi, etc. nonché in cortile ed in giardino. In generale, comunque, le cadute sono piuttosto frequenti in tutti gli ambienti.

In garage o in cantina, invece è più frequente la ferita da taglio/punta che assume un valore simile anche in cucina. Tale tipo di causa, peraltro è piuttosto comune anche in cortile e giardino, vi è un chiaro effetto delle attività di fai-da-te e lavoro domestico che si svolgono in questi ambienti. Gli urti determinano circa il 30 per cento dei traumi su terrazze o balconi e comunque sono compresi in misura elevata, con una percentuale oscillante tra il 10 ed il 20 per cento in tutti gli spazi della casa. Similmente le ferite da taglio/punta che, tuttavia, si manifestano maggiormente nei luoghi esterni della casa. Le ustioni e reazioni da agente chimico, come detto, si verificano maggiormente in cucina e in bagno.

Distribuzione Percentuale Arrivi PS Incidente Domestico per Ambiente e Dinamica - Abruzzo
SINIACA PS 2005

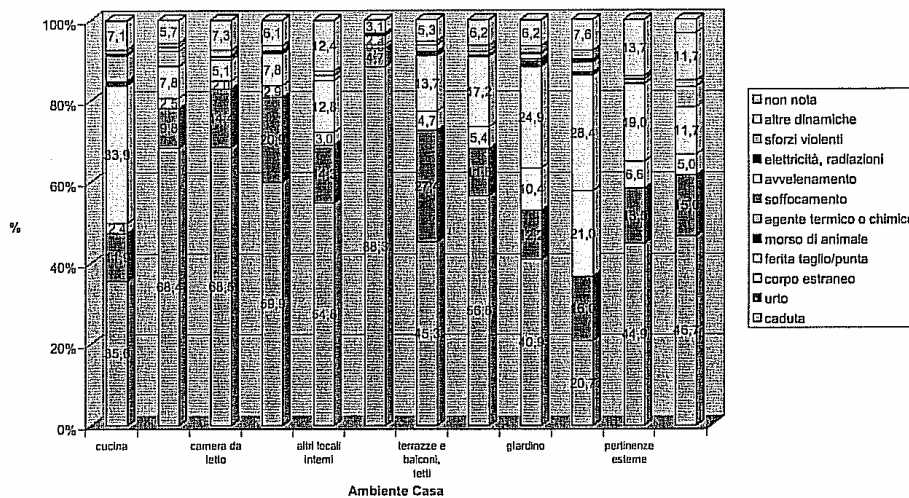


Fig. 10

In conclusione di questa analisi introduttiva dei dati SINIACA Abruzzo 2005 verrà considerata l'attività svolta al momento dell'infortunio. Poiché come abbiamo visto le dinamiche più frequenti sono le cadute e gli urti, ad esse si ricollegano attività generiche quali il camminare,



il dormire, l'igiene personale, il mangiare, il bere e le altre attività di vita quotidiana. Tali attività ricorrono in più del 40 per cento degli accessi in pronto soccorso osservate. Un ulteriore 35 per cento è dovuto al lavoro domestico ed al fai-da-te (in misura quasi pari). Su questa specifica componente si distribuiscono la gran parte (il 70 per cento) delle ferite da taglio/punta, ma un effetto importante lo hanno anche le cadute e gli urti, nonché, per il fai-da-te, i corpi estranei. Circa il 10 per cento degli infortuni avviene in attività di gioco e queste sono influenzate principalmente dalle cadute ed in misura minore dagli urti e ferite, nonché dai corpi estranei e da ustioni e reazioni chimiche.

Anche per l'attività svolta al momento dell'incidente è possibile effettuare un ranking incrociando tale informazione con quella della dinamica d'infortunio (Tab. 4)

Classifica principali cause di arrivi PS per incidente domestico Dinamica/Attività Abruzzo SINIACA PS 2005 (n = 10.127)		
Rango	Causa esterna incidente	%
1	caduta camminando	28,0
2	ferita punta/taglio lavori domestici	6,6
3	ferita punta/taglio fai-da-te	6,0
4	caduta lavori domestici	5,9
5	caduta gioco	5,5
6	caduta altre attività	3,9
7	caduta fai-da-te	3,3
8	urto lavori domestici	2,9
9	corpo estraneo fai-da-te	2,8
9	urto camminare	2,6
10	urto fai-da-te	2,5
11	caduta igiene personale	2,4
12	urto gioco	1,6
13	caduta att. vita quotidiana	1,6
14	ferita punta/taglio altre attività	1,6
15	ferita att. vita quotidiana	1,5
16	ustione, reaz. chimica lavori domestici	1,3
	totale	80,0

Tab. 4

In assoluto l'evento più frequente è la caduta legata ad un'attività generica quale il camminare, da sola rappresenta circa un terzo della casistica. Le ferite da taglio in attività specifiche di lavoro (domestico relativo prevalentemente a donne e fai-da-te principalmente legato agli uomini) sono piuttosto comuni, seguono le cadute e gli urti sempre in attività di lavoro. Chiudono la classifica gli urti e le ferite in attività di vita quotidiana e le ustioni e reazioni chimiche conseguenti al lavoro domestico.



allegato "3"

PREVENZIONE DELL'OBESITA' NELLA REGIONE ABRUZZO

1. INTRODUZIONE

Il rapporto OMS-FAO mette in evidenza che l'obesità riveste un ruolo preminente nella causalità di molte malattie croniche, anche se non agisce di per sé, ma attraverso l'incremento dei fattori di rischio che comporta.

Inoltre, vi sono infiniti percorsi e storie personali che conducono all'obesità per cui essa non sembra riconducibile a semplificazioni meccanicistiche che chiamano in causa esclusivamente l'eccesso alimentare e la scarsa attività fisica, ma rappresenta il punto di arrivo di una complessa disarmonia del rapporto uomo-ambiente ad eziopatogenesi multipla.

L'obesità è, quindi, sintomo di un disagio profondo che colpisce sempre di più il mondo industrializzato di fronte al quale è nostro dovere valutarne tutti gli aspetti per realizzare l'obiettivo di ridurre gli immensi costi sociali e sanitari.

Nell'indagine ISTAT su "condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 1999/2000 sono emersi i seguenti dati riferiti alla popolazione adulta del nostro paese:

- 53% normopeso
- 33,4% sovrappeso
- 9% obeso
- 3,6% sottopeso.

Tali dati, sulla base di precedenti rilevazioni, evidenziano un incremento del 25% del problema obesità negli ultimi 6 anni; inoltre dati recenti evidenziano che l'Italia ha la più alta percentuale in Europa di bambini in sovrappeso (36%).

D'altra parte incombe a partire dalla preadolescenza un disagio crescente nei confronti del cibo e del corpo che evolve in misura crescente verso disturbi del comportamento alimentare a vario grado di complessità, pur se comunemente viene dato maggior risalto alle forme più gravi ed eclatanti di anoressia e bulimia.

In realtà, come si può evincere dall'immagine sottostante, esiste un continuum che collega tutta la patologia alimentare emergente per cui risulta poco produttivo affrontare il problema da prospettive parziali e incomplete, mentre è sempre più chiaro che solo interventi pluridisciplinari integrati sono in grado di evitare dispersioni di risorse e sovrapposizioni di competenze e solo una rete di servizi adeguatamente coordinata può sviluppare concretamente un piano generale di interventi.



La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 12 e di 22 fasciate ciascuna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Settore Sanità - Igiene e Sicurezza Sociale"



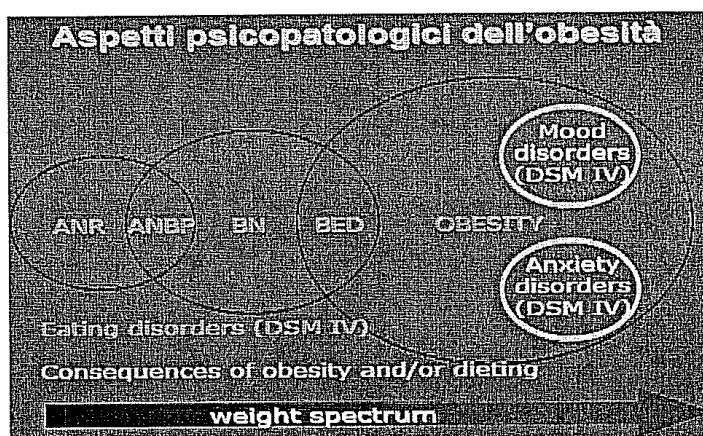
Pescara, li 11 SET 2006

Del. De Tommaso

E' compito, dunque, di ciascuna realtà regionale individuare gli strumenti e le azioni possibili per contenere e invertire una tendenza ampiamente confermata sul piano epidemiologico, con la consapevolezza che l'investimento in nutrizione, ove sia direzionato a sviluppare sinergie e reti coordinate di servizi sul territorio regionale, è l'unico che può realmente ridurre la spesa farmaceutica e sanitaria.

Infatti è facilmente intuibile che, sulla base dei dati riportati, l'incremento del 25% dell'obesità negli ultimi 6 anni ha certamente prodotto una lievitazione dei costi di tutte le patologie che si collegano in misura diretta e indiretta con l'obesità.

E' altrettanto noto che i disturbi del comportamento alimentare, in assenza di prevenzione, diagnosi precoce e trattamenti tempestivi, evolvono verso le forme più gravi e cronicizzate che richiedono maggiori costi e una maggiore complessità terapeutica e per assurdo possono essere favoriti proprio da interventi sbilanciati verso il problema obesità.



Legenda: ANR = anoressia restrittiva; ANBP = anoressia e bulimia purgativa;
BN = bulimia nervosa BED = binge eating disord

Dimensioni del problema a livello regionale

L'obesità interessa una percentuale sempre più alta di individui del mondo occidentale. Al momento in Italia non sono attivi validi sistemi di sorveglianza sulla condizione di sovrappeso e obesità della popolazione e le uniche fonti informative sono rappresentate dalle indagini multiscopo dell'ISTAT ("Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000"). L'indice di massa corporea (BMI) è utilizzato per determinare, attraverso il confronto con valori soglia accettati in letteratura,



l'appartenenza dell'individuo ad una classe di peso secondo una definita scala di valori (Sottopeso, Normopeso, Soprappeso, Obeso).

In Italia più del 40% delle persone è in soprappeso o obesa, e tale percentuale è più alta nelle regioni meridionali della penisola. In Abruzzo il 46,2% degli individui con più di 18 anni risulta in una condizione di eccesso di peso contro il 42,9% dell'Italia, mentre rappresenta la quarta regione italiana con la percentuale di bambini-adolescenti in soprappeso più alta.

Percentuale persone di 18 anni e più per indice di massa corporea, anni 1999-2000
Fonte ISTAT

	Indice di massa corporea			
	Sottopeso	Normopeso	Soprappeso	Obesi
Abruzzo	3,1	50,8	36,0	10,2
Italia Meridionale	2,6	49,1	37,5	10,8
Italia	3,6	53,5	33,9	9,0

Graduatoria per regione dell'eccesso di peso delle persone di età compresa tra 6 e 17 anni, anni 1999-2000
Fonte ISTAT - ISS

Campania	36,0
Molise	27,5
Calabria	27,2
Abruzzo	27,0
Sicilia	26,8
Puglia	26,0
Marche	25,8
Lazio	24,7
Basilicata	24,5
Umbria	24,1
Emilia Romagna	22,7
Veneto	21,4
Friuli Venezia Giulia	20,1
Lombardia	18,5
Piemonte	17,1
Liguria	17,0
Toscana	17,0
Sardegna	16,6
Trentino Alto Adige	16,1
Valle d'Aosta	14,3
ITALIA	24,2



Finalità generali

Il presente Piano si pone i seguenti obiettivi generali:

- Disporre di informazioni su obesità, sovrappeso, pattern nutrizionali ed attività fisica della popolazione preadolescenziale e adolescenziale abruzzese.
- Ridurre il sovrappeso e l'obesità nelle donne in gravidanza.
- Pianificare, a livello regionale e locale, la promozione di stili di vita e di alimentazione salutari in tutta la fascia dell'infanzia e dell'adolescenza.

Obiettivi specifici

1. Sviluppare e consolidare un *sistema di sorveglianza* su obesità, sovrappeso, pattern nutrizionali ed attività fisica su gruppi target della popolazione in età evolutiva, in base a quanto definito dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e dalle Regioni e Province autonome.
2. *Attivare e/o consolidare l'area funzionale Igiene della Nutrizione* dei SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, in collaborazione e coordinamento con il Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione, al fine di assicurare una sinergia di azioni preventive e terapeutiche.
3. Realizzare con gli ostetrici-ginecologi, presenti nelle ASL, una collaborazione per individuare le donne in gravidanza obese o a rischio di obesità che saranno, successivamente prese in carico dall'Area Igiene della Nutrizione dei SIAN.
4. Rafforzare la promozione dell'*allattamento al seno* in epoca concezionale, gravidica e perinatale, in tutte le occasioni di contatto con le donne, nel corso della gravidanza, del parto e del puerperio, anche nei Punti Nascita Pubblici e Privati.
5. *Promuovere abitudini alimentari nutrizionalmente corrette* nei bambini in età prescolare (scuole materne) e scolare (scuole elementari), con particolare riferimento all'eccessivo introito energetico derivante da bevande dolcificate e spuntini ipercalorici. Sviluppare e sostenere un sistema di verifica delle *Mense Scolastiche* e della distribuzione automatica di



bevande ed alimenti, attraverso i Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti di Prevenzione.

6. Sviluppare un progetto per la *promozione dell'attività fisica* dei bambini, fin dalla scuola elementare.

Definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione

Il progetto regionale prevede la costituzione un Comitato di Coordinamento Regionale che assicuri le funzioni di indirizzo, supporto e monitoraggio e che si interfacci in modo dinamico con il Referente Aziendale di un analogo Comitato di Coordinamento che verrà costituito presso ogni ASL.

Piano Operativo e Monitoraggio del Progetto

L.A.1 SVILUPPARE E CONSOLIDARE UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA SU OBESITÀ, SOVRAPPESO, PATTERN NUTRIZIONALI ED ATTIVITÀ FISICA SU GRUPPI TARGET DELLA POPOLAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA, IN BASE A QUANTO DEFINITO DAL CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE E DALLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME

Questa Linea di Attività verrà sviluppata quando verranno definiti i criteri per la sorveglianza da parte del CCM e le Regioni e P.A.

Peso: 10%



L.A.2 ATTIVARE E/O CONSOLIDARE L'AREA FUNZIONALE IGIENE DELLA NUTRIZIONE DEI SIAN DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE ASL, IN COLLABORAZIONE CON IL CENTRO REGIONALE DI FISIOPATOLOGIA DELLA NUTRIZIONE, AL FINE DI ASSICURARE UNA SINERGIA DI AZIONI PREVENTIVE E TERAPEUTICHE

Destinatari dell'intervento	Operatori sanitari dei SIAN, dietisti, psicologi
Ambito territoriale	Tutte le ASL della Regione Abruzzo
Collaborazioni	Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione Dipartimenti di Prevenzione: SIAN UU.OO. ospedaliere coinvolte Consultori
Metodologia di intervento	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione del personale sanitario da dedicare all'Area Funzionale Igiene della Nutrizione dei SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL. • Formazione del personale sanitario dedicato su: screening psiconutrizionale, valutazione dello stato nutrizionale, gestione dei programmi nutrizionali. • N° operatori sanitari dedicati che partecipano ai corsi/ totale operatori dedicati
Indicatori di processo	Presenza presso almeno il 50% delle ASL abruzzesi dell'Area funzionale Igiene della Nutrizione dei SIAN. Acquisizione dei crediti formativi finalizzati.
Indicatori di esito	Trasmissione al coordinamento regionale degli eventi realizzati e delle delibere approvate.
Acquisizione dei dati	Vedi Allegati
Cronoprogramma	



L.A.3 REALIZZARE CON GLI OSTETRICI- GINECOLOGI PRESENTI NELLE ASL UNA COLLABORAZIONE PER INDIVIDUARE LE DONNE IN GRAVIDANZA OBESE O A RISCHIO DI OBEESITÀ CHE SARANNO, SUCCESSIVAMENTE PRESE IN CARICO DALL'AREA IGIENE DELLA NUTRIZIONE DEI SIAN

Destinatari dell'intervento	Donne in gravidanza
Ambito territoriale	Tutte le ASL della Regione Abruzzo
Collaborazioni	Ostetrici-ginecologi presenti nelle ASL della Regione Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione Dipartimenti di Prevenzione: SIAN Consultori U.U.OO. ospedaliere coinvolte
Metodologia di intervento	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione delle metodologie per lo screening nutrizionale e per la valutazione dello stato nutrizionale in gravidanza. • Coinvolgimento e collaborazione di ostetrici-ginecologi, personale consultoriale, dietisti e personale dedicato all'Area Funzionale Igiene della Nutrizione dei SIAN. • Acquisizioni tecniche delle metodologie per l'educazione alimentare in gravidanza e per la personalizzazione nutrizionale. • Monitoraggio nutrizionale da parte dei Centri di Igiene della Nutrizione delle gravide con obesità o disturbi del comportamento alimentare o rischi nutrizionali (diabete, dislipidemie, ipertensione)
Indicatori di processo	Donne gravide sottoposte a screening. N° donne sottoposte a monitoraggio/ N° donne obese o a rischio obesità o con disturbi alimentari.



Indicatori di esito	<p>Miglioramento outcomes in gravidanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento incremento ponderale tra 11 e 16 kg nelle donne normopeso. - Mantenimento incremento ponderale tra 7 e 11 kg nelle donne sovrappeso. - Incremento ponderale di circa 6 kg nelle donne obese. - Diagnosi di disturbi comportamento alimentare. - Diagnosi di diabete gestazionale. - Eclampsia. - Baso peso alla nascita. - Aborti, prematurità e mortalità perinatale
Acquisizione dei dati	Trasmissione al coordinamento regionale degli eventi realizzati e dei dati raccolti.
Cronoprogramma	Vedi Allegati



L.A. 4 RAFFORZARE LA PROMOZIONE DELL'ALLATTAMENTO AL SENO IN EPOCA CONCEZIONALE, GRAVIDICA E PERINATALE, IN TUTTE LE OCCASIONI DI CONTATTO CON LE DONNE, NEL CORSO DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO, ANCHE NEI PUNTI NASCITA PUBBLICI E PRIVATI.

Destinatari dell'intervento	Donne in età fertile
Ambito territoriale	Tutte le ASL della Regione Abruzzo
Collaborazioni	<p>Consultori UU.OO. ospedaliere coinvolte Dipartimenti di Prevenzione: SIESP (ambulatori di vaccinazione) Pediatrici di Famiglia Distretti SIN abruzzese</p>

Fonti informative di riferimento	La progettazione partirà dall'analisi dell'esperienza dello studio di rilevazione condotto nel 2004 nell'ambito del progetto regionale su "Promozione dell'allattamento al seno"
Metodologia di intervento	<p>➤ Attività di formazione rivolta agli operatori sanitari (ospedalieri: U.U.O.O. e servizi di ostetricia, neonatologia, pediatria; territoriali: consultori pediatrici, familiari, ambulatori vaccinali dei Dipartimenti di Prevenzione, PdF).</p> <p>La formazione riguarderà:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il rafforzamento della promozione dell'allattamento al seno con particolare riguardo alla diffusione delle specifiche linee guida; • la diffusione e il consolidamento delle conoscenze sullo svezzamento salutare, al fine di migliorare le abitudini alimentari nelle famiglie. <p>➤ Elaborazione di materiale divulgativo sull'allattamento al seno.</p>
Indicatori di processo	Disponibilità di materiale informativo N° di operatori sanitari coinvolti nell'attività di formazione
Indicatori di esito	Ottenere una prevalenza di bambini allattati al seno a 4 mesi del 20% in più rispetto alla situazione di partenza
Acquisizione dei dati	Trasmissione al coordinamento regionale degli eventi realizzati e dei dati raccolti.
Cronoprogramma	Vedi Allegati



L.A.5 PROMUOVERE ABITUDINI ALIMENTARI NUTRIZIONALMENTE CORRETTE NEI BAMBINI IN ETÀ PRESCOLARE (ASILI NIDO, SCUOLE MATERNE) E SCOLARE (SCUOLE ELEMENTARI), CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'ECESSIVO INTROITO ENERGETICO DERIVANTE DA BEVANDE DOLCIFICATE E SPUNTINI IPERCALORICI

Destinatari dell'intervento	Bambini dell'asilo nido e delle scuole materne ed elementari
Ambito territoriale	Tutte le ASL della Regione Abruzzo
Collaborazioni	Dipartimenti di Prevenzione: SIAN, SMC, SVB Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione Università Consultori Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia Asili nido, Scuole materne ed elementari Ditte di ristorazione scolastica Ditte di distribuzione automatica di alimenti Amministrazioni Comunali
Metodologia di intervento	<ul style="list-style-type: none"> • Indagine conoscitiva sulle abitudini alimentari • Censimento degli asili nido, delle scuole materne ed elementari che fruiscono del servizio di ristorazione scolastica e della distribuzione automatica di bevande ed alimenti. • Formazione degli operatori sanitari del SIAN, SMC, e SVB attraverso corsi di aggiornamento per la condivisione dei contenuti. • Predisposizione, verifica e controllo delle tabelle dietetiche. • Indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti da parte del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) e del Servizio di Sanità Animale del Dipartimento di Prevenzione. • Formazione degli insegnanti degli asili nido, delle scuole materne ed elementari, ponendoli al centro di percorsi educativi specifici. • Istituzione di una procedura comune in tutte le ASL della Regione Abruzzo, per le varie fasi che compongono l'approvazione della tabella dietetica. • Formazione del personale addetto alla ristorazione scolastica. • Organizzazione di procedure di monitoraggio per il rispetto della qualità nutrizionale dei pasti serviti nelle mense scolastiche. • Eliminazione di spuntini e bevande ipercaloriche dai distributori automatici e distribuzione di spuntini a base di frutta e verdura fresche. • Elaborazione di materiale divulgativo rivolto ai genitori, agli insegnanti, ai Consultori, ai Pediatri di Famiglia e ai Medici di Medicina Generale
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • N° operatori sanitari del SIAN, SMC e SVB che partecipano ai corsi/ totale operatori del SIAN, SMC e SVB



	<ul style="list-style-type: none"> • N° di insegnanti coinvolti nell'attività di formazione/totale insegnanti scolastiche coinvolte nella linea di attività/totale mense scolastiche nella ASL • Approvazione di una tabella dietetica comune per tutti i Provveditorati Scolastici Provinciali • N. di mense scolastiche che adottano le tabelle dietetiche approvate/totale mense scolastiche presenti nel territorio ASL • Disponibilità di materiale informativo
Indicatori di esito	<p>Aver verificato e modificato almeno il 50% dei capitolati delle mense scolastiche abruzzesi ed aver indotto modifiche qualitative alla distribuzione automatica nelle scuole.</p> <p>Valutazione dell'effettivo consumo di frutta e verdura in un campione di scuole.</p>
Acquisizione dei dati	<p>Trasmissione al coordinamento regionale delle delibere approvate, degli eventi realizzati e dei dati raccolti.</p>
Cronoprogramma	<p>Vedi Allegati</p>



L.A.6 SVILUPPARE UN PROGETTO PER LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA DEI BAMBINI, FIN DALLA SCUOLA ELEMENTARE.

Destinatari dell'intervento	Bambini e adolescenti dai 6 ai 13 anni
Ambito territoriale	Tutte le ASL della Regione Abruzzo
Collaborazioni	Dipartimenti di Prevenzione: SIESP, SMC Scuole elementari e medie Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia Comuni (politiche giovanili) Università - Facoltà di Scienze Motorie CONI e Associazioni sportive



Metodologia di intervento	<p>Indagine conoscitiva sull'attività fisica effettuata in ambiente scolastico ed extra-scolastico.</p> <p>Censimento delle strutture sportive esistenti sul territorio e loro verifica igienico-sanitaria-strutturale.</p> <p>Sviluppo di una strategia operativa informativa e promozionale con la Facoltà di Scienze Motorie.</p> <p>Elaborazione di materiale divulgativo per genitori e alunni finalizzato alla promozione dell'attività fisica.</p> <p>Formazione degli operatori sanitari del SIESP e del SMC.</p> <p>Coinvolgimento dei MMg e PdF.</p> <p>Corsi di formazione per gli insegnanti delle scuole elementari e medie.</p> <p>Collaborazione tra le amministrazioni comunali e le direzioni scolastiche finalizzata a rafforzare il contatto tra strutture sportive e mondo della scuola.</p>
Indicatori di processo	<p>N° scuole in cui viene effettuata l'indagine/totale scuole</p> <p>N° questionari elaborati/ N° questionari somministrati</p> <p>N° strutture sportive controllate/ N° strutture sportive censite</p> <p>N° operatori sanitari del SIESP e del SMC che partecipano ai corsi/ totale operatori del SIESP e del SMC</p> <p>N° di scuole in cui viene effettuata la formazione/totale scuole corsi di formazione per operatori sanitari ed insegnanti attivati</p>
Indicatori di esito	<p>Aumento almeno del 20% della frequenza ad attività motorie regolari intra ed extra scolastiche nelle fasce d'età 6-10 e 10-13 anni</p>
Acquisizione dei dati	<p>Invio e raccolta semestrale o annuale dati tramite apposite griglie ai referenti aziendali e successiva trasmissione ai Dirigenti Regionali di riferimento</p>
Cronoprogramma	Vedi Allegati



Risorse finanziarie

Al progetto sono dedicate le seguenti risorse

Risorse strumentali e materiale didattico

€20.000,00

Investimento specifico per i SIAN per progetto ristorazione collettiva

€30.000,00

Spese per programmi di formazione

€30.000,00

Totale

€ 80.000,00 per AUSL e per anno

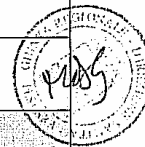
Formazione per la promozione dell'allattamento al seno	€ 45.000,00
Formazione per la promozione dell'attività sportiva	€ 40.000,00
Totale complessivo	€ 85.000,00 per anno

TOTALE COMPLESSIVO € 1.130.000,00



**Regione Abruzzo - Piano nazionale prevenzione: cronoprogramma del progetto obesità
Coordinamento del progetto - Linea operativa 2**

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento obiettivo del traguardo (%)
1	Pianificazione del progetto obesità	25%	01/01/2006	31/07/2006	Piano operativo e cronoprogramma				
2	Sostituzione del coordinamento regionale e aziendale		31/07/2006	30/09/06	Attestazione formale				
3	Individuazione del personale sanitario da dedicare all'Area Funzionale Igiene della Nutrizione dei SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL		30/09/06	30/10/06	Attestazione formale	Carenza di personale			
4	Individuare il personale da assegnare al programma e avviare la formazione specifica		30/09/06	30/10/06	Attestazione formale della realizzazione di unità operative in campo nutrizionale	Carenza di personale			
5	Definizione di un piano formativo per lo sviluppo di una rete integrata di servizi		30/09/06	30/10/06	Programma didattico pluridisciplinare				
6	Acquisizione risorse tecniche e strumentali		30/10/06	31/03/07	Attestazione formale	Tempi burocratici per acquisti e forniture			
7	Formazione teorico-pratica del personale sanitario dedicato all'Area funzionale Igiene della Nutrizione dei SIAN, ai dietisti e agli psicologi coinvolti nel progetto		30/10/06	30/04/07	Assegnazione dei crediti formativi				
8	Attivare e/o consolidare gli ambulatori di prevenzione nutrizionale		30/11/06	30/04/07	Presenza in almeno il 50% delle ASL abruzzesi dell'Area funzionale Igiene della Nutrizione dei SIAN				



**Regione Abruzzo - Piano nazionale prevenzione: cronoprogramma del progetto obesità
Linea operativa 3 (Consegue alla linea 2)**

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Tiraguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo del traguardo (%)
1	Definizione delle metodologie per lo screening nutrizionale e per la valutazione dello stato nutrizionale in gravidanza	20%	30/09/06	30/10/06	Attestazione formale contenente il questionario e la scheda antropometrica				
2	Coinvolgimento e collaborazione di ostetrici-ginecologi, personale consultoriale		30/10/06	30/12/06	Adesione di almeno il 50% del personale contattato				
3	Acquisizioni tecniche delle metodologie per l'educazione alimentare in gravidanza e per la personalizzazione nutrizionale		01/01/07	01/04/07	Assegnazione dei crediti formativi				
4	Monitoraggio nutrizionale da parte dei Centri di Igiene della Nutrizione delle gravide con obesità o disturbi del comportamento alimentare o rischi nutrizionali (diabete, dislipidemie, ipertensione)		01/04/07	01/10/07	Adesione di almeno il 50% delle donne gravide contattate				
5	Valutazione della coorte di donne monitorizzate che hanno portato a termine la gravidanza		01/10/07	31/12/07	Documento finale				



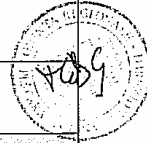
Regione Abruzzo - Piano nazionale prevenzione: cronoprogramma del progetto obesità
Linea operativa 4

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo del traguardo (%)
1	Individuazione del personale coinvolto	10%	30/10/06	30/11/06	Attestazione formale				
2	Attività di formazione rivolta agli operatori sanitari (ospedalieri: UU.OO. e servizi di ostetricia, neonatologia, pediatria; territoriali: consultori pediatrici, familiari, ambulatori vaccinali dei Dipartimenti di Prevenzione, PdF)		01/01/07	01/04/07	Assegnazione dei crediti formativi				
3	Elaborazione di materiale divulgativo sull'allattamento al seno e lo svezzamento salutare.		01/01/07	01/04/07	Materiale divulgativo				
4	Monitoraggio dell'allattamento al seno		01/04/07	01/10/07	Valutazione del progetto				



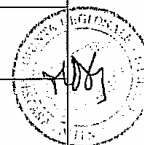
Regione Abruzzo - Piano nazionale prevenzione: cronoprogramma del progetto obesità
Linea operativa 5

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo del traguardo (%)
1	Censimento degli asilo nido e delle scuole materne ed elementari che fruiscono del servizio di ristorazione scolastica e della distribuzione automatica di bevande ed alimenti	18%	30/10/06	31/01/07	Documento				
2	Formazione degli operatori sanitari del SIAN, SMC e SVB attraverso corsi di aggiornamento per la condivisione dei contenuti.		01/02/07	01/05/07	Organizzazione di procedure di monitoraggio per il rispetto della qualità nutrizionale dei pasti serviti nelle mense scolastiche				
3	Indagine conoscitiva sulle abitudini alimentari dei bambini dell'asilo nido e delle scuole materne ed elementari		01/02/07	01/05/07	Documento				
4	Istituzione di una procedura comune in tutte le ASL della Regione Abruzzo, per le varie fasi che compongono l'approvazione della tabella dietetica		01/02/07	01/05/07	Attestazione formale				
5	Predisposizione delle tabelle dietetiche		02/05/07	30/06/07	Documento				
6	Verifica e controllo delle tabelle dietetiche Indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti		01/10/07	20/12/07	Documento				
7	Formazione degli insegnanti degli asili nido, delle scuole materne ed elementari		01/09/07	01/10/07	Attestati di partecipazione				
8	Formazione del personale addetto alla ristorazione scolastica		01/09/07	01/10/07	Attestati di partecipazione				
9	Elaborazione di materiale divulgativo rivolto ai genitori, agli insegnanti, ai Consulenti, ai Pediatri di Famiglia e ai Medici di Medicina Generale		01/02/07	01/06/07	Materiale divulgativo				



**Regione Abruzzo - Piano nazionale prevenzione: cronoprogramma del progetto obesità
Linea operativa 6**

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo del traguardo (%)
1	Sviluppo di una strategia operativa informativa e promozionale con la Facoltà di Scienze Motorie		01/10/06	01/11/06	Attestazione formale				
2	Formazione degli operatori sanitari del SIE-SP e del SMC		01/02/07	01/05/07	Assegnazione dei crediti formativi				
3	Indagine conoscitiva sull'attività fisica effettuata dai bambini e adolescenti dai 6 ai 13 anni in ambiente scolastico ed extra-scolastico		01/02/07	01/05/07	Documento				
4	Censimento delle strutture sportive esistenti sul territorio		01/11/06	01/03/07	Documento				
5	Verifica igienico-sanitaria- strutturale delle strutture sportive censite	17%	01/05/07	30/10/07	Sopralluogo igienico-sanitario- strutturale di almeno il 50% delle strutture sportive censite	Carenza di personale			
6	Elaborazione di materiale divulgativo per genitori e alunni finalizzato alla promozione dell'attività fisica		01/01/07	01/05/07	Materiale divulgativo				
7	Corsi di formazione per gli insegnanti delle scuole elementari e medie		01/09/07	01/10/07	Attestati di partecipazione				
8	Collaborazione tra le amministrazioni comunali e le direzioni scolastiche finalizzata a rafforzare il contatto tra strutture sportive e mondo della scuola		01/11/06	30/06/07	Attestazione formale				



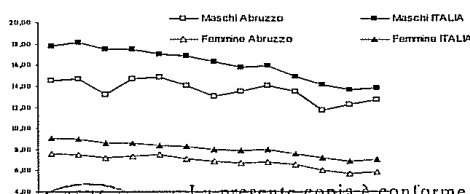
Uscire 4

Prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari Regione Abruzzo

Dimensioni del problema a livello regionale - Contesto

Le stime di mortalità per cardiopatia ischemica (ICD IX – 410-414) individuano nell'intervallo di tempo 1990-2002 una diminuzione dei tassi di mortalità nei due sessi, più graduale e costante nel sesso femminile.

Anno	Maschi Abruzzo	Maschi ITALIA	Femmine Abruzzo	Femmine ITALIA
1990	14,54	17,8	7,59	9,04
1991	14,7	18,11	7,49	8,97
1992	13,18	17,5	7,23	8,57
1993	14,67	17,5	7,34	8,57
1994	14,88	17,02	7,49	8,36
1995	14,06	16,87	7,1	8,31
1996	13,03	16,31	6,88	7,96
1997	13,54	15,82	6,74	7,89
1998	14,1	15,93	6,79	7,96
1999	13,52	14,93	6,6	7,58
2000	11,76	14,13	6,02	7,18
2001	12,25	13,66	5,68	6,91
2002	12,76	13,86	5,84	7,05



La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 4 e di 2. Lasciare ciascuna vidimata da apporre il timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo - Settore Sanità - Igiene".

Per data, li 11 SET. 2006
Roberto Nobile

I tassi di mortalità standardizzati (per 10.000) al 2002 sono 12,76 per i maschi e 5,84 per le femmine e sono complessivamente più bassi dei rispettivi tassi di riferimento nazionali (13,86 per i maschi e 7,05 per le femmine).

Nel quinquennio 1997-2001 si sono registrati 3.887 decessi per infarto cardiaco con tassi di mortalità standardizzati (per 100.000) così distribuiti fra le 6 ASL: Avezzano-Sulmona 57,4 – Chieti 61,2 – Lanciano-Vasto 62,9 – L'Aquila 65,6 – Pescara 56,3 – Teramo 63,7.

I tassi di incidenza standardizzati per 100.000 (anno 2000) degli eventi coronarici maggiori nella popolazione considerata (25-84 anni) sono di 213,2 (tasso grezzo 262,2) per i maschi e 94,1 per le femmine (tasso grezzo 130,3) e sono a livelli inferiori rispetto a quelli di riferimento nazionali (TS: 227,3 ♂ - 97,9 ♀) e decisamente più bassi dei tassi stimati per il centro (TS: 228 ♂ - 100,2 ♀) e il sud Italia (TS: 238,9 ♂ - 104,2 ♀).

In termini di prevalenza si registra un aumento dal 1990 al 2000 dei casi prevalenti da 5.410 a 5.976 (566 casi in più) per gli uomini e da 1521 a 1730 (209 casi in più) nelle donne: tale aumento appare più marcato rispetto a quello che si è registrato anche a livello nazionale nello stesso periodo di riferimento (+ 10,5 Abruzzo vs + 3,9 Italia per ♂; + 13,8 Abruzzo vs 2,6 Italia per ♀) ed è riconducibile principalmente al miglioramento della sopravvivenza e all'invecchiamento della popolazione.

Le ospedalizzazioni in Abruzzo per cardiopatia ischemica (ICD 9 – 410-414 in diagnosi principale SDO) sono andate aumentando nel corso degli anni e nel quinquennio 2001-2005, in particolare, da 9214 a 9945 (+ 8 % ca).

Delle 3074 dimissioni per infarto miocardio acuto registrate in Abruzzo nell'anno 2005, 546 sono classificate come "episodi successivi di assistenza" e 227 sono associate alla presenza di codice di infarto pregresso in altri campi di diagnosi (probabile sottostima). Costituisce parte integrante del progetto la pianificazione degli strumenti per una stima accurata delle recidive di accidente cardiovascolare.

In sintesi in regione Abruzzo si è assistito negli anni, a fronte di una riduzione della mortalità per malattia ischemica cardiaca e di una progressiva stabilizzazione del numero dei nuovi casi, all'aumento dei casi prevalenti (\uparrow sopravvivenza - $\uparrow\uparrow$ invecchiamento) e delle ospedalizzazioni e in ultima analisi del carico di disabilità e dei costi.

Finalità generali e obiettivi specifici

Lo scopo del progetto è quello di creare una rete regionale per il controllo delle recidive degli accidenti cardiovascolari che coinvolga principalmente gli operatori delle u.o. di cardiologia/cardiochirurgia, i dipartimenti di prevenzione, e di istituire uffici/funzioni a livello aziendale per il "counseling", l'indirizzo, l'informazione e l'educazione sanitaria dei pz che siano andati incontro a gravi episodi coronaropatici. Processo cruciale per la realizzazione del sistema è l'identificazione precisa dei pazienti e la stratificazione del rischio attraverso strumenti di valutazione sperimentati e riconosciuti come la carta del rischio del post-IMA (studio Gissi) che classifica il rischio di recidiva di pz infartuati sulla base di parametri demografici, relativi a stili di vita, clinici, strumentali e laboratoristici ed è di facile applicazione.

Piano operativo

I destinatari dell'intervento sono tutti i pazienti residenti di età 35-74 che abbiano avuto un **infarto del miocardio**. Una prima stima dei casi può essere fatta utilizzando i dati SDO.

Sono da coinvolgere tutte le 6 ASL della Regione Abruzzo attraverso il coordinamento tra Direzione Sanità, U.O. di cardiologia e cardiochirurgia e dipartimenti di prevenzione. In sede di dimissione si prevede di dotare la lettera di dimissione di una sezione/scheda che possa definire se si sia trattato di un primo evento o di una recidiva e la classe di rischio secondo carta Gissi. La scheda dev'essere redatta in duplice copia, una delle quali viene inviata dalla Direzione Sanitaria della struttura di dimissione al Dipartimento di prevenzione di competenza: a questo livello viene redatto e gestito un registro delle recidive e dei pazienti deospedalizzati. Per i pazienti, sempre in base al rischio definito, viene individuato un programma di riabilitazione e/o di follow-up attraverso centri individuati a livello di dipartimenti di prevenzione che svolgano principalmente funzione di counseling, educazione sanitaria (conoscenza/gestione dei fattori di rischio), verifica dell'adesione al trattamento farmacologico etc. Questi stessi centri redigono un registro di accessi di tali pazienti.

Monitoraggio

I dati SDO, come già ricordato, costituiscono una prima base per definire quantitativamente il carico ospedaliero degli eventi. Il registro degli eventi segnalati ai Dipartimenti di prevenzione sulla base della documentazione ricevuta dopo la dimissione può garantire una stima delle recidive. Il monitoraggio nel tempo delle recidive costituisce l'indicatore primario di risultato dell'intervento preventivo. L'analisi dei flussi relativi alle prescrizioni farmaceutiche può offrire una stima delle adesioni ai trattamenti farmacologici.

Coordinamento

A livello regionale il Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione regionale della Sanità coordina gli operatori e le strutture coinvolti e si avvale dell'ausilio del Servizio Osservatorio Epidemiologico Regionale per le specifiche analisi e il monitoraggio degli indicatori nonché per gli aspetti epidemiologici dell'Agenzia Sanitaria Regionale. Il Dirigente del Servizio Prevenzione collettiva costituisce il Gruppo di Coordinamento ai fini anche di eventuale redazione di un piano operativo dettagliato del progetto.



Cronoprogramma

Tre fasi in due annualità: 2007-2008

1. istituzione del Gruppo di Coordinamento e redazione di un piano operativo dettagliato: primo semestre 2007
2. attuazione a livello delle Aziende Sanitarie: secondo semestre 2007 – primo semestre 2008
3. sorveglianza: 2008

Costi di realizzazione

I costi stimati per il progetto sono di Euro 162.411,09 complessivi da ripartire in due annualità:

Primo anno – 2007	€ 54.411,09 Per ASL € 9.000,00 di cui € 7.411,09 per spese relative alla comunicazione (opuscoli, depliant, posters etc), € 2.000,00 per 1 pc.
Secondo anno – 2008	€ 108.000,00 Per ASL € 18.000,00 da utilizzare per una borsa di studio annuale (€ 1.500,00 mensili) da destinare a una figura professionale medica da impiegare nel Dipartimento di prevenzione per le funzioni citate.

Fonti

Istat

Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari (I ediz. 2003)

Relazione Sanitaria 2004 Osservatorio Epidemiologico Regione Abruzzo

SDO 2005 Abruzzo



**Regione Abruzzo - Piano nazionale prevenzione:
cronoprogramma progetto prevenzione recidive cardiovascolari**

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo ed inaguardo (%)
1	Istituzione gruppo di coordinamento	5%	1 gennaio 2007	31 gennaio 2007	Emissione determinazione dirigenziale				
2	Avvio incontri gruppo e predisposizione piano operativo dettagliato	20%	febbraio 2007	Giugno 2007	Elaborazione piano				
3	utilizzo lettera dimissioni	30%	Secondo semestre 2007	30 giugno 2008	Pieno utilizzo lettera dimissioni				
4	Implementazione registro	30%	Primo semestre 2007	30 giugno 2008	Realizzazione registro	Parziale implementazione del registro			
5	sorveglianza	15%	Secondo semestre 2008	Secondo semestre 2008	Sorveglianza epidemiologica				



4b	attività comitali partettici	5	01.01.06 01.01.07 01.01.08	31.12.06 31.12.07 31.12.08	n° 200 cantieri/anno	difficoltà accesso cantieri				
4c	formazione scuole	5	01.01.06 01.01.07 01.01.08	31.12.06 31.12.07 31.12.08	20 eventi formativi anno in scuole tecniche	mancaza disponibilità istituti				
5a	formazione agricoltura	5	01.01.07	31.12.07 31.12.08	2 eventi formativi anno per asi	difficoltà a sensibilizzare la categoria				
5b	formazione pesca	5	01.01.07	31.12.07 31.12.08	2 eventi formativi anno per asi	difficoltà a sensibilizzare la categoria				
6	costituzione sportello informativo	5	01.01.07	31.12.07 31.12.08	istituzione sportello informativo					
Tot		100								



allegato " 6 "

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: RELAZIONE SULLO STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 30 GIUGNO 2006 - PRIMA PARTE DELLE LINEE OPERATIVE (CUORE, DIABETE, SCREENING, VACCINAZIONI)

Titolo del progetto		Progetto Cuore	
Linea progettuale (cuore, diabete, screening, vaccinazioni)		Cuore	
Referente di progetto (Indicare nominativo, ente di appartenenza, recapiti)		Dott.ssa Carla Granichelli-Ausi di Pescara 0854253950	

Cronoprogramma										
Codice attività	Descrizione attività	Piano % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	valore rilevato del traguardo (%)	Note
2	Pre-disposizione del Piano di Formazione Regionale e accordi con la regione limitrofa per formare i formatori aziendali della Ausi di Pescara.	15%	01/05/06	31/06/2006	realizzazione formazione con attestazione formale		01/06/06	30.06.2006	100%	La formazione è stata organizzata dalla Ausi di Pescara in collaborazione con l'ISS che ha inviato propri docenti per realizzare la formazione dei formatori aziendali
3	Costituzione ed insediamento del Gruppo Gestionale	5%	01/06/06	31/06/2006	attestazione formale		01/07/06	31/07/06	100%	
3	Accordo con i MMG centri territoriali e con i Servizi di Sicurezza Interni della Ausi per loro partecipazione al progetto e relativa incentivazione.	5%	01/06/06	31/07/06	realizzazione accord		01/06/06	31/07/06	100,0%	
4	Organizzazione corsi aziendali di formazione	30%	31/07/06	30/09/06	attestazione formale		31/07/06	30/09/07	50%	
5	Definizione campagna informativa rivolta a tutta la popolazione e sua realizzazione	5%	01/09/06	30/09/06	attuazione campagna informativa		01/09/06	30/09/06	0,0%	
6	Organizzazione all'interno del SIESP di un centro operativo di coordinamento delle attività	30%	01/10/06	31/10/06	attestazione formale		01/10/06	31/10/06	25%	

1 1 SET 2006 10:10:10

7	Coordinamento, promozione ed eventuale correzione delle attività da parte del Gruppo	5%	31/07/06	31/12/06	31/12/06	31/07/06	31/12/06	0%	0%	difficoltà ad individ. Efficaci modalità di coll. con Med Spec	
8	Valutazione con il lavoro tecnico di cui alla DGR 683/2005	5%	10/01/07	31/01/07	31/01/07	10/01/07	31/01/07	0%	0%		
		100%									

(*) Indicare la percentuale di avanzamento dell'attività scegliendo uno dei seguenti valori: 0%, 25%, 50%, 50%, 75%, 100%

PER COPIA COMPILARE SU CRIP-
 SINGOLE DELL'ALBIANO AGLI ATTI
 2 UFFICIO. 11 SET. 2006
Per il personale D. Rao

allegato "7"

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: RELAZIONE SULLO STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 30 GIUGNO 2006 - PRIMA PARTE DELLE LINEE OPERATIVE (CUORE, DIABETE, SCREENING, VACCINAZIONI)

TITOLO DEL PROGETTO: PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE: PROGETTO IGEA
 LINEA PROGETTUALE (cuore, diabete, screening, vaccinazioni): DIABETE
 Referente di progetto (Indicare nominativo, cognome di appartenenza, recapiti): Prof. Fabio Caspari - Università di Chieti - Rettore Università telematica "Leonardo da Vinci" - E-mail caspari@unich.it - telefono@unich.it - Piazza Mons. Venturi, 30 - 66100 CHIETI - cellulare 335 5263353 - fax 0871 551562

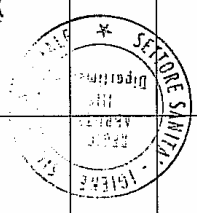
Codice attività	Descrizione attività	Fase % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Data fine prevista	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	valore rilevato del traguardo (*)	Note
Cronoprogramma										
1	Istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale e suo insediamento	0,0%	luglio 2006	settembre 2006	settembre 2006	Trascurato				
2	Creazione archivio Unico Centralizzato Regionale	20%	settembre 2006	febbraio 2007	febbraio 2007	Creazione archivio Unico Centralizzato Regionale				
3	Convolgimento Servizi di Diabetologia già formalizzati	0,0%	settembre 2006	ottobre 2006	ottobre 2006	I Servizi di diabetologia partecipanti dovranno essere disposti alla condivisione del dati con l'MMG				
4	Reclutamento dei Medici di Medicina Generale e dei Padri di libera scelta condivisione dei protocolli di gestione integrata e formazione sulla gestione del diabetico	30%	settembre 2006	dicembre 2007	dicembre 2007	tutti i partecipanti al progetto sono iscritti, ai spese del progetto, al Masler sul diabete erogato dalla Università Telematica da gennaio a dicembre 2007				
5	Attuazione sperimentale del protocollo di gestione integrata	30%	gennaio 2007	dicembre 2007	dicembre 2007	stima percentuale dell'utilizzo della gestione integrata				
6	Elaborazione statistica dei risultati	10%	gennaio 2008	marzo 2008	marzo 2008	risultati forniti dai vari indicatori				
7	Convolgimento di tutti i servizi diabetologia consenzienti	10%	gennaio 2007	marzo 2008	marzo 2008	Convolgimento di tutti i servizi diabetologia consenzienti				
N		100%								

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DEPOSITATO AGLI ATTI D'UFFICIO. 11 SET. 2008
 V.M. no. 160 AS

allegato "18"

Cronoprogramma progetto di consolidamento del programma di screening mammografico regione Abruzzo.

1° fase	Fase (Descrizione attività)	Peso	Data inizio prevista	Data termine prevista	Traguardo	Vincoli criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo del traguardo
1	Definizione del piano di investimento per l'acquisizione di dotazioni infrastrutturali delle Unità Funzionali attive	2 %	01/03/06	30/06/06	Avvio delle procedure amministrative per l'acquisizione delle dotazioni				
2	Definizione del piano di investimento per l'acquisizione di dotazioni infrastrutturali delle Unità Funzionali non ancora attive	2 %	01/03/06	30/06/06	Avvio delle procedure amministrative per l'acquisizione delle dotazioni				
3	Definizione del piano di investimento per l'acquisizione di dotazioni infrastrutturali delle Unità Funzionali attualmente sospese	2 %	01/03/06	30/06/06	Avvio delle procedure amministrative per l'acquisizione delle dotazioni				
4	Riattivazione delle Unità Funzionali sospese	5 %	01/09/06	31/12/06	Unità funzionali attive				
5	Attivazione delle Unità Funzionali non ancora attive	5 %	01/09/06	31/12/07	Unità funzionali attive				
6	Piano di predisposizione ed implementazione	5 %	01/03/06	30/06/06	Attestazione formale con specificazione dei contenuti e delle modalità organizzative dei corsi;				
7	Riorganizzazione informatica Segreteria Centrale Organizzativa	5 %	01/03/06	30/06/06	Inizio corsi				
8	Operatività del nuovo software gestionale delle Unità Funzionali	5 %	01/07/06	31/12/06	Attestazione formale				
9	Riduzione tempi di risposta per le persone con test negativo	5 %	01/01/07	31/12/07	Attualmente il tempo medio di attesa è 50 giorni, si stima di poter arrivare a 30 giorni	Possibilità di realizzare una rete informatica infrastrutturale			
10	Riduzione tempi intercorrenti tra test di screening e successivi accertamenti diagnostici per i test positivi	5 %	01/01/07	31/12/07	Attualmente il tempo medio di attesa per i il livelli è 20 giorni, si stima di poter arrivare a 10 giorni	Disponibilità di attrezzature e personale			
11	Mantenimento della cadenza biennale	10 %	01/01/06	31/12/07	Attualmente riusciamo a mantenere la cadenza biennale per un 80% di casi, si stima di poter arrivare al 90%	Disponibilità di attrezzature e personale			



12	Standardizzazione dei criteri di lettura dei test	5 %	01/06/07	31/12/07	Il processo di standardizzazione della doppia lettura è attualmente al 25%, si stima di poter arrivare al 50%	Disponibilità di attrezzature e personale			
13	Informatizzazione della scheda paziente	5 %	01/06/07	31/12/07	Il processo di informatizzazione della scheda paziente è al 10%, si stima di poter arrivare al 50%	Possibilità di realizzare una rete informatica infrastrutturale			
14	Aumento dell'estensione e della partecipazione allo screening	10 %	01/01/07	31/12/07	Attualmente l'estensione è pari al 41% con un'adesione del 56%, si stima di poter arrivare al 90% di estensione e al 60% di adesione	Disponibilità di attrezzature e personale			
15	Monitoraggio sistematico funzionamento programma di screening mediante set di indicatori	5 %	01/09/06	31/12/2007	Report				
16	Dotazioni infrastrutturali per le necessità delle Unità Funzionali	8 %	01/07/06	31/12/07	Acquisizione dotazioni				
17	Dotazioni infrastrutturali necessarie per l'attivazione delle Unità Funzionali non ancora attive.	8 %	01/07/06	31/12/07	Acquisizione dotazioni				
18	Dotazioni infrastrutturali necessarie alle Unità Funzionali attualmente sospese.	8 %	01/07/06	31/12/07	Acquisizione dotazioni				



allegato "g"

Progetto di consolidamento "Estensione e Miglioramento del Programma per lo Screening Oncologico del Cancro della Cervice Uterina"

N° fase	Fase (Descrizione attività)	Peso (%)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Traguardo	Vincoli criticità	Data effettiva inizio	Data effettiva fine	Raggiungimento effettivo del traguardo (%)
1	Identificazione del Centro di coordinamento del progetto, regionale e locale	5	01/01/06	30/02/06	Attestazione formale con specificazione ruoli e funzioni				
2	Definizione dell'organizzazione territoriale del programma di screening (Regione, ASL, Distretto,...)	5	01/01/06	30/06/06	Attestazione formale con elenco e descrizione degli ambiti territoriali coinvolti				
3	Identificazione delle strutture dove vengono eseguiti i test di screening e dei criteri utilizzati per l'esecuzione del test	10	01/02/06	30/06/06	Attestazione formale con elenco e descrizione delle strutture e certificazione formale di qualità				
4	Identificazione delle strutture dove vengono eseguiti gli approfondimenti diagnostici e dei criteri utilizzati per l'esecuzione degli approfondimenti diagnostici	10	01/02/06	30/06/06					
5	Piano di formazione del personale	15	01/03/06	30/06/06	Attestazione formale con specificazione dei contenuti e delle modalità organizzative dei corsi				
6	Predisposizione materiale informativo	10	01/02/06	30/06/06	Disponibilità materiale informativo (brochures, sito web,...)				
7	Gestione dell'invito e del reclutamento popolazione obiettivo	20	01/03/06	30/06/06	Attestazione formale, con specificazione di modalità di reclutamento (es. anagrafe sanitaria, anagrafe comunale,...) modalità di gestione (es. archivi informatizzati o cartacei,...) caratteristiche popolazione obiettivo ecc.				
8	Piena operatività gestione computerizzata ASL	10	01/06/06	31/12/06	Attestazione formale				

Fase A
progettazione

8	Plena operatività gestione computerizzata ASL	10	01/06/06	31/12/06	Attestazione formale				
	Standardizzazione criteri di referenziazione I e II livello. Adesione ai protocolli	5	01/01/06	31/12/06	Attestazione formale con specificazione di: numero figure professionali coinvolte per tipologia di ruolo, carichi di lavoro				
10	Completamento trasferimento dati presso unico server regionale	10	01/06/06	31/12/06	Attestazione formale, manuali utente				
	Totale	100							
1	Aumento dell'estensione e della partecipazione allo screening	30	01/01/07	31/12/07	Estensione effettiva 90% popolazione bersaglio				
2	Riduzione tempi di risposta per le persone con test negativo	10	01/02/07	31/12/07	15 gg per spedizione				
3	Riduzione dei tempi intercorrenti tra test di screening e successivi accertamenti diagnostici per i test positivi	10	01/02/07	31/12/07	Colposcopia entra 10 gironi				
4	Mantenimento della cadenza prevista per gli screening	30	01/01/07	31/12/07	Esame triennale				
5	Presentazione indicatori essenziali	10	01/06/07	31/12/07	Indicatori definiti ONS				
6	Infomatizzazione della scheda paziente	10	01/06/07	31/12/07	Scheda utente realizzata				
	Totale	100							
Fase A progettazione									
Fase B Verifica operatività e consolidamento del Progetto									



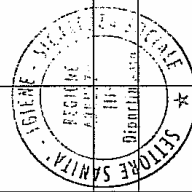
allegato 1110

Allegato A

Obiettivo operativo Regione Abruzzo: ATTIVAZIONE PROGRAMMA DI SCREENING CRONOPROGRAMMA RELATIVO AL PROGETTO DI SCREENING DEL CARCINOMA COLORETTALE MEDIANTE RICERCA DEL SANGUE OCCULTO FECALE									
N. Fasi	Descrizione Attività	Quota Parte (peso)	Data Inizio prevista	Data Termine prevista	Traguardo	Vincoli criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo del traguardo(%)
1	DESCRIZIONE DEL PIANO DI IMPLEMENTAZIONE TRIENNALE DEL PROGRAMMA DI SCREENING	1%	01/01/06	01/03/06	Attestazione formale 01.04.2006: Attivazione progetto pilota ASL Avezzano-Sulmona 01.01.2007: Attivazione totale regionale				
2	IDENTIFICAZIONE DEL CENTRO DI COORDINAMENTO DEL PROGETTO	4%	01/01/06	01/03/06	1. Nomina del Coordinatore Regionale dello Screening con funzioni di programmazione, aggiornamento e controllo della strategia di screening, di gestione e distribuzione delle risorse economiche assegnate allo screening. 2. Nomina del Coordinatore Regionale dello Screening con funzioni di responsabilità specifiche per quanto riguarda l'organizzazione, le relazioni con i mass-media, il budget, la garanzia di qualità, la valutazione dell'efficacia, ecc. 3. Nomina del Comitato Aziendale di Screening della ASL Avezzano-Sulmona con funzioni di organizzazione ed attuazione aziendale dello screening.	Risorse economiche	21/01/06	21/01/06	100%
3	DEFINIZIONE E DESCRIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DEL PROGRAMMA DISCREENING (REGIONE, ASL, DISTRETTO,...)	5%	01/01/06	01/02/06	Numero dei comuni coinvolti dal programma	Completezza dell'anagrafe			100%
4	IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE DOVE VENGONO ESEGUITI I TEST E GLI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI E DEI CRITERI UTILIZZATI PER L'ESECUZIONE DEL TEST E DEGLI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI	10%	01/01/06	01/03/06	1. Attivazione del test di screening di 1° livello presso: - Laboratorio di Analisi dell'Ospedale di Avezzano - Anatomia Patologica dell'Ospedale di Sulmona 2. Attivazione del test di screening di 2° livello endoscopico presso: - Endoscopia Digestiva dell'Ospedale di Avezzano - Endoscopia Digestiva dell'Ospedale di Sulmona - Endoscopia Digestiva dell'Ospedale di Castel di Sangro 3. Attivazione del test di screening di 2° livello anatomopatologico presso: - Anatomia Patologica dell'Ospedale di Sulmona - Anatomia Patologica dell'Ospedale di Avezzano 4. Accreditemento delle sedi identificate 5. Certificazione di qualità delle apparecchiature	Possibili carenze di personale Possibile carenza di apparecchiature			100%

5	DEFINIZIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE DEL PERSONALE	10%	01/01/06	01/05/06	1. Eventi di formazione del personale. 2. Controllo di qualità test di 1° livello. 3. Controllo di qualità in colonscopia 4. Controllo di qualità in istologia. 5. Pubblicazione delle Linee Guida. 6. Affissione di manifesti e distribuzione di brochures. 7. Appuntamenti pubblici. 8. Programmazione sito web.	Valutazione delle potenzialità economiche				
6	PREDISPOSIZIONE MATERIALE INFORMATIVO	10%	01/03/06	01/05/06	Attestazione formale, con specificazione di modalità di reclutamento (es. anagrafe sanitaria, anagrafe comunale, ...) modalità di gestione (es. archivi informatizzati o cartacei, ...), caratteristiche popolazione obiettivo, ecc. Vedi indicatori: 1. Certificazione dell'anagrafe sanitaria. 2. Numero lettere di invito/Numero dei test effettuati. 3. Numero dei punti di distribuzione e raccolta dei prelievi.	Disponibilità aggiornamento anagrafe Partecipazione della popolazione				
7	DEFINIZIONE DELLE MODALITÀ DI SELEZIONE E DI INVITO DELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO	7%	01/05/06	01/06/06	Attestazione formale con specificazione di attori (compreso personale di front office), ruoli, funzioni, ecc. Vedi indicatori: 1. Numero di inviti per anno. 2. Numero di cartelle cliniche individuali complete/Numero di accertamenti diagnostici di 2° livello endoscopico. 3. Numero di cartelle cliniche individuali complete/Numero di accertamenti diagnostici di 2° livello anatomopatologico. 4. Numero di cartelle cliniche individuali complete/Numero di trattamenti. 5. Numero di operatori / Numero inviti effettuati in un anno.	Collegamenti con centri di diagnosi e terapia. Possibile carenza di personale				
8	INDIVIDUAZIONE DI UN CENTRO CHE SVOLGA FUNZIONI DI GESTIONE DEGLI INVITI, COUNSELING,...	10%	01/04/06	30/06/06	Attestazione formale con specificazione di attori (compreso personale di front office), ruoli, funzioni, ecc. Vedi indicatori: 1. Numero di inviti per anno. 2. Numero di cartelle cliniche individuali complete/Numero di accertamenti diagnostici di 2° livello endoscopico. 3. Numero di cartelle cliniche individuali complete/Numero di accertamenti diagnostici di 2° livello anatomopatologico. 4. Numero di cartelle cliniche individuali complete/Numero di trattamenti. 5. Numero di operatori / Numero inviti effettuati in un anno.	Manutenzione software Aggiornamento degli operatori				
9	ACQUISIZIONE DEL SOFTWARE PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DEL PROGRAMMA DI SCREENING	10%	01/02/06	01/04/06	1. Attestazione formale 2. Attivazione della procedura di screening colorettaile 3. Manuale utente					
10	MODALITÀ DI VALUTAZIONE / MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA	5%	01/03/06	-	1. Documento descrittivo del sistema di monitoraggio del programma di screening (set indicatori) 2. Report tri/semestrale					
11	INVITI AD ALMENO IL 10% DELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO O STUDIO PILOTA IN FUNZIONE	10%	01/04/06	31/12/06	Attestazione formale popolazione invitata					
12	INVITI AD ALMENO IL 50% DELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO	18%	01/01/07	31/12/07	Attestazione formale popolazione invitata					

Obiettivo	Task	PESO	Durata prevista	Inizio previsto	Fine prevista	Traguardo	Vincoli/Criticità	Inizio EFFETTIVO	Fine EFFETTIVA	% completamento	NOTE
1	Costituzione coordinamento regionale e aziendale previsto dal PRV	2,0%	32	9/3/2006	10/4/2006	Attestazione formale	*	31/03/2006	29/05/2006	100,0%	La delibera G.R. di costituzione del coordinamento regionale in corso di integrazione per rappresentante dei Pediatri (Famiglia
1	Costituzione di un gruppo operativo regionale per il monitoraggio del progetto di vaccinazione	2%		9/3/2006	30/04/2006	Attestazione formale		19/05/2006	13/07/2006	100,0%	il gruppo operativo si è riunito ripetute volte nel corso dei mesi maggio e giugno per effettuare l'indagine conoscitiva sui servizi vaccinali, relativamente all'informalizzazione e allo stato di attuazione del PRV 2005-07 e PNMeRC.
1	Indagine conoscitiva sulla gestione informatizzata delle vaccinazioni nelle ASL della Regione	1,0%	30	10/4/2006	10/5/2006	Mappatura dei centri vaccinali informatizzati e da informatizzare	*	19/05/2006	30/06/2006	100,0%	Si allega la relazione relativa alla mappatura dei centri vaccinali con il relativo fabbisogno di informatizzazioni
1	Definizione elementi che dovranno essere contenuti nell'anagrafe vaccinale informatizzata per ogni soggetto registrato	6,0%	548	10/4/2006	10/10/2007	Realizzazione del software	Iter burocratico per acquisto software, PC, ecc.	19/05/2006		25,0%	Dopo aver effettuato una breve ricognizione sui software in uso presso altre regioni italiane, è stata avviata la discussione sul dataset minimo.
1	Collegamento con l'anagrafe sanitaria aziendale e aggiornamento in tempo reale dell'anagrafica di tutti i residenti eleggibili alla vaccinazione (nuovi nati, flussi migratori), utilizzando l'anagrafe comunale. Indicazioni per la realizzazione di moduli di trasmissione web-based per collegare direttamente i comuni con i Servizi di Igiene (Centri Vaccinali individuali) di competenza, al fine di trasmettere in tempo reale i bilanci demografici	15,0%	548	10/4/2006	10/10/2007	Realizzazione anagrafe vaccinale informatizzata	Assenza di collegamento all'anagrafe sanitaria nella maggior parte delle ASL Aggiornamento dell'anagrafe sanitaria e presenza di dati errati nell'anagrafe sanitaria	19/05/2006		25,0%	Si confermano le criticità già evidenziate, quali l'assenza di collegamento all'anagrafe sanitaria per due ASL che comunque aggiornano i propri dati direttamente dai Comuni
1	Addestramento del personale per l'utilizzo del software	8,0%	61	10/10/2007	10/12/2007	Attestazione formale	*				La presente coppia è conforme all'originale e si compone di fogli 2 e di 3 Pescara, li 11 SET 2006 Dott. Dr. Franca Di Carlo
1	Informalizzazione dei dati vaccinali correnti	10%		10/12/2007	30/12/2007	Attestazione formale	Necessità disporre del software e del collegamento all'anagrafe sanitaria - *				
Obiettivo 1	Anagrafe vaccinale informatizzata	44,0%		9/3/2006	30/12/2007						allegato "11"



2	Valutazione delle attività vaccinali e dello stato di attuazione del PRV 2005-07 e del PNEM e RC nelle varie ASL	2%	61	10/04/2006	10/06/2006	19/05/2006	30/06/2006	100,0%	
2	Definizione di strategie per il catch-up dei non vaccinati per MPR nella popolazione target prevista dal PNEM e RC.	2%		10/06/2006	10/07/2006			75,0%	Sono state definite le strategie per il catch-up
2	Attuazione del piano operativo per il catch-up dei non vaccinati per MPR nella popolazione target prevista dal PNEM e RC. Informazione alla popolazione e alle scuole.	4%		10/07/2006	10/12/2007				
2	Predisposizione ed attuazione di progetti di promozione della vaccinazione contro la rosolia nelle donne in età fertile.	10%		10/09/2006	10/12/2007				Moiplicità di professionisti da coinvolgere nell'attuazione del progetto
2	Attuazione di progetti di promozione delle vaccinazioni per gruppi a rischio anche attraverso il coinvolgimento attivo del PdF e dei MMG e degli specialisti dei centri clinici cui periodicamente accedono i soggetti affetti dalle principali patologie predisponenti alle infezioni prevenibili da vaccino	6%		10/09/2006	10/12/2007				Definizione dei gruppi a rischio
Obiettivo 2	Soggetti appartenenti ai gruppi vulnerabili MPR	24,0%		10/04/2006	10/12/2007				

130-ABRUZZO
cronovaccini11/09/2006
5,35

Pagina 1 di 1

3	Predisposizione di un piano formativo regionale per gli operatori dei centri vaccinali	5%	30	10/04/2006	10/05/2006	Attestazione formale	*	29/06/2006	30/06/2006	100,0%	Si allega il Piano Formativo Regionale per gli operatori dei centri vaccinali
3	Realizzazione del corso di formazione per la rosolia congenita	4%		10/05/2006	30/12/2006	Attestazione formale	*	30/06/2006		25,0%	Sono state definite le modalità operative per la realizzazione del corso regionale la cui data è stata fissata per i primi giorni di settembre (6 o 7 settembre c.a.).
3	Attuazione di un corso di formazione su uno o più aspetti del Piano Regionale Vaccini	5%	579	10/05/2006	10/12/2007	Attestazione formale	*	30/06/2006		25,0%	Dopo aver definito gli obiettivi formativi si è cominciato ad affrontare il problema relativo alle modalità attuative dei corsi di formazione, in quanto la nostra Regione non è provider
3	Indagine conoscitiva sulla qualità dell'offerta vaccinale nelle ASL della Regione	2%	59	10/01/2007	10/03/2007	Relazione	*				
3	Definizione di standard per il miglioramento sia degli aspetti strutturali sia di quelli organizzativi, con particolare riguardo alla salvaguardia della sicurezza in campo vaccinale	6%	181	10/01/2007	10/07/2007	Revisione del manuale di accreditamento dei servizi vaccinali già elaborato	*				
3	Attivazione dell'iter di miglioramento della qualità delle attività vaccinali nelle ASL	10%	489	10/07/2007	10/12/2007	Avvio del percorso di miglioramento per la qualità e relazione sullo stato di attuazione	*				
Obiettivo 3		32,0%	945	10/4/2006	10/12/2007						
TOTALE		100%									

* criticità comuni alle azioni sopradescritte sono: la carenza di risorse umane, strumentali e struttura



130-ABRUZZO
Cronovaccini

11/09/2006
5.35

Pagina 1 di 1



La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 3 e di 3 fasciate ciascuna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Settore Sanità - Igiene Sicurezza Sociale"

Pescara, li 11 SET 2006
[Handwritten signature]

Numero verbale 3

Verbale riunione del 4 agosto 2006(convocazione prot.17741/14 del 24.7.06)

In data odierna si riunisce il "tavolo tecnico" della prevenzione, di cui alla determinazione dirigenziale DG14/2 del 19.1.2006, come regolarmente convocato. Sono presenti la Dott.ssa Pacifico, il Dott. Mancinelli, il Dott. Muraglia, il Dott. Murgano, per delega del Dott. D'Atri, il Dott. Parogna, il Dott. Di Deo, la Dott.ssa Cassiani, la Dott.ssa Granchelli.

Preliminarmente la Dott.ssa Pacifico ricorda che il principale scopo della riunione odierna, rispetto agli impegni già assunti nelle precedenti riunioni del 4 maggio e dell'11 luglio 2006 e quindi in continuità con gli stessi, è quello di verificare come apportare una riduzione della spesa dei singoli progetti di prevenzione, approvati con la deliberazione Giunta regionale n. 277/06 sulla base dell'esame dei preventivi analitici e scelte anche di merito, dato che alcuni progetti non risultano completi di preventivi analitici chiari e dettagliati e che nel prospetto riepilogativo allegato alla deliberazione sono stati riportati dati, secondo i quali sembrava assicurata la relativa copertura rispetto alle risorse complessivamente disponibili pari ad € 29.267.910,00, per cui gli stessi risultano da modificare/rettificare.

In merito al progetto a) la dott.ssa Pacifico propone la riduzione della spesa di € 15.000,00 relativi alla funzionalità del Centro regionale per la prevenzione del rischio cardiovascolare, come da preventivo inserito nel progetto di cui alla deliberazione di G.R. n.683 del 18.7.2005, data la non estensione, secondo la deliberazione 277/06, del progetto su tutto il territorio, possibile a seguire dopo la conclusione del progetto pilota sulla AUSL di Pescara.

La dott.ssa Granchelli evidenzia l'opportunità della prosecuzione del progetto negli anni successivi al primo e con estensione nell'ambito su tutto il territorio regionale.

La dott.ssa Pacifico ricorda che per i progetti individuati dalla (a) alla (f) della deliberazione n. 277/2006 la fase di programmazione e di pianificazioni è già chiusa. Soltanto per i progetti sugli incidenti, sull'obesità e quello, eventualmente da proporre entro il 31 agosto p.v., sulle recidive cardiovascolari è possibile intervenire con adeguamenti di pianificazione. Occorre poi acquisire elementi essenziali rispetto al procedimento in corso per la definizione dell'Accordo regionale integrativo di quello nazionale per i medici di medicina generale che sembrerebbe possa introdurre un intervento specifico sulla carta del rischio cardiovascolare. Certamente è auspicabile che tale intervento decorra soltanto dopo la conclusione del progetto pilota perchè altrimenti potrebbe percorrerli nell'ambito delle attività disciplinate dall'accordo regionale una azione poco coordinata ed incisiva, senza fissazione di



[Handwritten signature]

obiettivi specifici. La dott.ssa Pacifico si impegna a riferire in merito subito sia al collega dirigente dott. Veri che al Componente la Giunta.

La dottoressa Pacifico, a seguire, riferisce che per il progetto b) è stato ridefinito il preventivo di spesa in forma analitica che ammonta ad euro 1.360.000,00 rispetto ai 2.072.000,00 Euro (€ 816.000,00 per il primo anno ed € 272.000,00 sia per il 2 ed il 3 anno).

Per il progetto c) il dott. Mancinelli presenta un preventivo, articolato su tre annualità (allegato al presente verbale al prot. 18589/7), formalizzato dal responsabile del progetto di screening, di valore molto superiore a quello previsionale previsto nell'allegato di riepilogo della deliberazione. La dott.ssa Pacifico ricorda che l'impegno assunto nelle precedenti riunioni era stato quello di verificare un contenimento della spesa per gli screening "c" e "d", già in atto da molti anni, e non di accrescerne il peso economico. Si può soltanto condividere eventualmente di prendere in considerazione l'importo di spesa previsto nella tabella del riparto previsionale pari ad Euro 6.000.000,00.

Per il progetto d) il dott. Mancinelli riferisce che il valore esatto da considerare, secondo le indicazioni del responsabile del Progetto, come da allegato preventivo prot. 17364/7, è di Euro 5.240.000 anziché € 6.000.000 previsti nella tabella del riepilogo previsionale delle risorse, approvata con la D.G.R. 277/06.

Per il progetto e) il dott. Mancinelli conferma il valore previsionale di spesa.

Per il Progetto f) "Vaccinazioni" si propone una riduzione di 100.000 Euro ad anno rispetto ai 2.000.000,00 euro annui. Tale contenimento è già riportato nell'allegato della deliberazione n. 277/2006.

Per i progetti successivi va tenuto presente che è possibile una ripianificazione del contenuto dei progetti.

Per il Progetto incidenti stradali i componenti del tavolo tecnico propongono la sua estensione a tutto il territorio regionale coinvolgendo tutte le sei le Ausl per una durata biennale. La previsione di spesa viene preventivata in 420.000,00 Euro, senza ulteriori riduzioni dato il contenimento già operato in € 80.000,00.

Per il Progetto h) incidenti domestici si prevede una ridefinizione del preventivo di spesa che scende ad Euro 205.000,00 con estensione biennale del progetto, rispetto ai 500.000,00 preliminarmente preventivati.

Per il Progetto i) Obesità il tavolo tecnico propone una estensione della realizzazione a tutte le Ausl e per la durata di un biennio. La previsione di spesa resta di € 80.000 per Ausl e per anno più complessivi € 85.000,00 per anno per la formazione. La previsione totale in tal caso è di Euro 1.130.000,00.

Il Progetto l) Infortuni sul lavoro non prevede possibilità di riduzioni di spesa e si confermano 800.000 Euro per anno per tutte le AUSL per durata triennale con una spesa complessiva di 2.400.000,00. La dott.ssa Pacifico evidenzia che su tale progetto non andranno apportate riduzioni data la sua rilevanza e l'impegno assunto con le confederazioni dal Componente la Giunta.



Concluso l'esame dei preventivi e delle relative possibili revisioni delle spese emerge la seguente situazione: progetto (a) € 415.000,00 – progetto (b) € 1.360.000,00 – progetto (c) € 6.000.000,00 – progetto (d) € 5.240.000,00 – progetto (e) € 7.620.000,00 – progetto (f) € 5.700.000,00 – progetto (g) € 420.000,00 - progetto (h) € 205.000,00 – Progetto (i) € 1.130.000,00 e progetto (l) € 2.400.000,00.

Il tavolo tecnico comunque concorda nella predisposizione di un progetto sulle recidive cardiovascolari, così come prevede il CCM.

Per rientrare nella disponibilità economica delle risorse di cui dispone la Regione Abruzzo per la realizzazione del piano regionale di prevenzione (Euro 29.267.910,00) è necessario pertanto apportare una riduzione percentuale su ciascun progetto, ad esclusione del progetto di prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro.

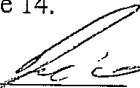
Si condivide pertanto una riduzione percentuale di circa il 5% su tutti i progetti ad eccezione dei progetti "g" ed "l". Il quadro finanziario viene riportato nell'allegato tabulato.

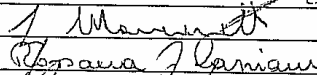
Il tavolo tecnico approva pertanto l'allegato prospetto, che operativamente necessita ai Servizi del Dott. Mancinelli ed a quello della Dott.ssa Pacifico per avviare il trasferimento delle risorse finanziarie anno 2005 ed anno 2006 in favore delle Aziende USL.

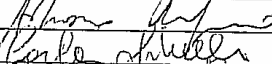
Per le recidive cardiovascolari viene dato incarico al dott. Murgano di verificare con il Dirigente del Servizio Osservatorio epidemiologico, Mobilità e controllo qualità la percorribilità di una stesura di progetto per l'importo massimo di € 162.411,09 prevalentemente imperniato alla sorveglianza epidemiologica. La dott.ssa Pacifico evidenzia che nell'incontro svoltosi presso il CCM il 5 luglio u.s. è emersa la precisa indicazione di proporre un progetto completo sia di fase di sorveglianza che di fase di prevenzione. In tal senso infatti hanno già programmato le altre Regioni..

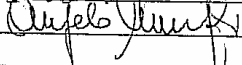
La riunione termina alle ore 14.

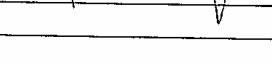
Firme













INSUBITO "A"

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINE
GINALE DEPOSITATO AGLI ATTI
D'UFFICIO.

del. de. 10.06.06. ds. 2006
11 SET. 2006

DIREZIONE SANITA'

81500

DENUMINAZIONE DEL PROGETTO	ANNI	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2007	
		imp. n. 3713/05 Cap. 81502	imp. da assum. cap. 81519	imp. N. 1304/06 Cap. 81502	imp. da assum. Cap 81519	imp. da assum. Cap. 81502	imp. da assum. Cap. 81519
Importo Annuale		4.434.532,00	5.321.438,00	4.434.532,00	5.321.438,00	4.434.532,00	5.321.438,00
		45,45	54,55	45,45	54,55	45,45	54,55
Progetto Cuore	1	394.250,00	.....	179.186,63	215.063,38	.....	.....
Progetto int. gestione ed assistenza del diabete	1	775.200,00	422.871,60	.....	.....	.....	.....
Progetto int. gestione ed assistenza del diabete	2	258.400,00	.....	117.442,80	140.957,20	117.442,80	140.957,20
Screening mammografico	3	1.900.000,00	.....	863.550,00	1.036.450,00	863.550,00	1.036.450,00
Screening del cervicocarcinoma	3	1.659.000,00	754.015,50	904.984,50	904.984,50	754.015,50	904.984,50
Screening del carcinoma colorettale	3	2.413.000,00	1.096.708,50	1.096.708,50	1.316.291,50	1.096.708,50	1.316.291,50
Progetto vaccinazioni	3	(*) 1.805.000,00	820.372,50	820.372,50	984.627,50	820.372,50	984.627,50
Progetto incidenti stradali (senza riduzioni)	2	210.000,00	.....	95.445,00	114.555,00	95.445,00	114.555,00
Progetto incidenti domestici	2	97.375,00	.....	44.256,94	53.118,06	44.256,94	53.118,06
Progetto dell'obesità in gravidanza	2	536.750,00	.....	243.952,88	292.797,13	243.952,88	292.797,13
Progetto Infortuni sul lavoro (senza riduzione)	3	800.000,00	436.400,00	363.600,00	436.400,00	363.600,00	436.400,00
Progetto recettive cardiovascolari	1	162.411,09	.....	.....	.....	.....	.....
Totale		4.250.574,90	5.101.625,10	4.578.530,74	5.495.244,27	4.474.490,55	5.367.445,54

(*) N.B. La disponibilità sulle risorse 2005 cap. 81502 pari ad € 183.957,00 è destinata a coprire € 143.998,6 (2006) ed € 38.627,3 (2007) progetto vaccinazioni

(*) N.B. La disponibilità sulle risorse 2005 cap. 81519 pari ad € 219.813,00 è destinata a coprire € 173.806,2 (2006) ed € 46.007,5 (2007) progetto vaccinazioni



L. Mammola
Antonio Di
Angelo Giuseppe

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 06.11.2006, n. 1252:

Modalità di attuazione per l'erogazione dei contributi in favore dei portatori di grave disabilità motoria e psichica in attuazione dall'art 20 comma 5 lettera b) della L.R. 25 agosto 2006, n. 29. – Approvazione del bando.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la L.R. del 25 agosto 2006 n. 29 recante: Modifiche ed integrazioni alla L.R. 31 dicembre 2005, n. 46 (Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio annuale 2006 e pluriennale 2006 – 2008 – Legge finanziaria regionale 2006) e alla L.R. 31 dicembre 2005, n. 47 (bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2006 – bilancio pluriennale 2006 – 2008) 1° Provvedimento di variazione. Pubblicata sul *B.U.R.A.* n. 82 del 08 settembre 2006;

Visto in particolare, l'art. 20 comma 5 della predetta Legge Regionale che prevede:

- al punto a), “la Regione Abruzzo, per il tramite delle ASL, eroga contributi in favore dei portatori di grave disabilità motoria e psichica, qualora ricorrano condizioni di estrema gravità dell'handicap, attestate mediante certificazioni del medico specialista della ASL di appartenenza. Sono escluse le disabilità derivanti da patologie strettamente connesse ai processi dell'invecchiamento”;
- al punto b), “i contributi sono finalizzati al rimborso di spese derivanti dall'acquisto o noleggio di ausili informatici ad alto contenuto innovativo, ivi compresi sistemi applicativi specifici, non inclusi negli elenchi del nomenclatore tariffario di cui all'art. 34 della Legge 104/92 o agli stessi riconducibili ai sensi dell'art. 1 comma 5 del D.M. 27 agosto 1999, n. 332 indispensabili per consenti-

re una vita di relazione e al pagamento di canoni fissi per l'accesso alla rete informatica;

Ritenuto di approvare il bando allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale che fissa i criteri e le modalità di accesso ai contributi in favore dei portatori di grave disabilità motoria e psichica di cui al punto b) del predetto art. 20 così come disposto dal punto d) del medesimo articolo;

Vista la legge n° 77 del 14 settembre 1999 e successive modifiche ed integrazioni;

Dato atto che il Direttore Regionale della Sanità e il Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale, Riabilitativa e Medicina Sociale della Direzione Sanità, hanno espresso parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa, nonché alla legittimità del presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

Per le motivazioni di cui in narrativa che qui si intendono integralmente riportate ed approvate

- 1) di approvare lo schema del bando allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto, che fissa i criteri e le modalità di accesso ai contributi in favore dei portatori di grave disabilità motoria e psichica previsti dall'art. 20 comma 5 lettera b) della L.R. 25 agosto 2006, n. 29;
- 2) di dare mandato alle Aziende USL di comunicare al Servizio Assistenza Distrettuale Riabilitativa e Medicina Sociale della Direzione Sanità entro il mese di gennaio di ogni anno, il numero delle richieste ammesse a contributo nel corso dell'anno precedente e l'importo complessivo da erogare;
- 3) di dare mandato all'Ufficio Medicina Sociale della Direzione Sanità, della notifica del presente atto ai Direttori Generali delle A-

ziende USL per gli adempimenti di competenza;

- 4) di pubblicare il presente atto e l'allegato schema del bando sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Segue Allegato

2

BANDO PER LA DEFINIZIONE DEI CRITERI E LE MODALITA' DI ACCESSO AI CONTRIBUTI IN FAVORE DEI PORTATORI DI GRAVE DISABILITA' MOTORIA E PSICHICA IN ATTUAZIONE DALL'ART 20 COMMA 5 LETTERA B) DELLA L.R. 25 AGOSTO 2006, N. 29, NELL'AMBITO DI UNA SPERIMENTAZIONE TESA A DEFINIRE PROGETTI DI COSI' DETTA "VITA INDIPENDENTE"

ART. 1

Soggetti beneficiari

La Regione Abruzzo, per il tramite delle ASL, eroga contributi in favore dei soggetti portatori di grave disabilità motoria e psichica finalizzati all'acquisto degli ausili di cui all'art. 2.

ART. 2

Acquisti ammissibili

Sono ammessi al contributo le spese derivanti dall'acquisto o noleggio di ausili informatici ad alto contenuto innovativo, ivi compresi sistemi applicativi specifici, non inclusi negli elenchi del nomenclatore tariffario di cui all'art. 34 della Legge 104/92 o agli stessi riconducibili ai sensi dell'art. 1 comma 5 del D.M. 27 agosto 1999, n. 332 indispensabili per consentire una vita di relazione e al pagamento di canoni fissi per l'accesso alla rete informatica;

ART. 3

Presentazione delle istanze

Le istanze sono presentate alla AUSL di appartenenza. Per l'anno 2006, possono essere prese in considerazione, solo quelle inoltrate dopo la pubblicazione del bando allegato, sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo e fino al 31 dicembre 2006, per gli anni a seguire dal primo gennaio al trentuno dicembre di ogni anno;

ART. 4

Documentazione da presentare

- certificato del medico specialista della AUSL attestante la grave disabilità motoria e/o psichica;
- prescrizione del medico specialista della AUSL che motivi la necessità dell'acquisto, gli obiettivi che si intendono raggiungere con la dotazione dell'ausilio e la modalità di verifica dei risultati attesi;
- autocertificazione che attesti di non aver fatto richiesta di altro finanziamento dell'ausilio oggetto della domanda né di disporre dello stesso in forma gratuita;
- copia del certificato di handicap rilasciato dalla Commissione Sanitaria per l'accertamento dell'handicap, Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- certificato di residenza dell'utente;
- copia della fattura indicante l'elenco e le caratteristiche dei dispositivi acquistati ed il relativo costo;
- reddito ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) dell'anno precedente l'acquisto degli ausili;

ART. 5

Modalità di erogazione del contributo

Le Aziende ASL, ognuna per quanto di competenza provvedono ad esaminare le istanze pervenute e a formulare apposite graduatorie a valenza annuale, in base al reddito ISEE in ordine crescente.

L'erogazione del contributo regionale è disposta dalle Aziende USL entro il 31 marzo dell'anno successivo all'esercizio finanziario al quale il contributo si riferisce.

Le Aziende USL possono corrispondere il contributo per singolo avente diritto, sino all'importo massimo previsto dall'art. 20 punto d) della L.R. n. 25 agosto 2006 n. 25.

La concessione del contributo sino alla concorrenza dell'importo massimo, determina l'impossibilità di presentare analoga domanda nel corso del triennio successivo.

Le richieste non finanziabili per esaurimento del fondo annuale a disposizione delle AUSL, possono essere riproposte dall'utente per le successive annualità, di ciò dovrà essere data comunicazione al richiedente;

ART. 6
Causa di esclusione

Sono esclusi dai contributi, gli utenti ultra sessantenni, i minori di anni 8 e i soggetti portatori di disabilità derivanti da patologie strettamente connesse ai processi dell'invecchiamento;

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIREZIONE SANITA'
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

Ambiti territoriali carenti ed incarichi vacanti di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale rilevati alla data del 1° settembre 2006.

COMUNICATO

Ai sensi dell'art. 34 e delle disposizioni di cui alla norma transitoria n. 2 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, vengono pubblicati gli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'Assistenza Primaria, rilevati dalle Aziende U.S.L. della Regione alla data del 1° settembre 2006 ed il relativo schema di domanda. Al riguardo si comunica che detti ambiti saranno assegnati dalle AA.SS.LL. secondo le procedu-

re di cui al richiamato art. 34, con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva, valevole per l'anno 2006. La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli ambiti carenti per i quali si intende concorrere.

Gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e gli incarichi vacanti 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 dalle disposizioni di cui all'art. 16, comma 7 del vigente ACN.

Segue Allegato

AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**AZIENDA U.S.L.
AVEZZANO SULMONA**

(nota prot 1058/C.T. del 30.10.2006)

- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale di Avezzano;
- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale di Trasacco – Collelongo - Luco dei Marsi -Villavallelonga;

AZIENDA U.S.L. CHIETI

(nota prot. 2845/CG del 19.09.2006)

- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale di Ortona.

**AZIENDA U.S.L.
LANCIANO VASTO**

(nota prot. 4481del 04.10.2006 e nota prot n. 5051 del 08.11.2006)

- **N. 1 (una) zona carente** Distretto Sanitario di Base di Lanciano con l'obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Castel Frentano;
- **N. 1 (una) zona carente** Distretto Sanitario di Base di San Vito Chetino con l'obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di San Vito;
- **N. 1 (una) zona carente** Distretto Sanitario di Base di San Salvo con l'obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di San Salvo.

AZIENDA U.S.L. PESCARA

(nota prot. 1193 del 24.10.2006)

- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale di Pianella - Moscufo.

AZIENDA U.S.L. TERAMO

(nota prot. 3109 del 11.10.2006)

- **N. 1 (una) zona carente** Ambito Territoriale di Silvi – Pineto con vincolo di apertura dello studio medico nel Comune di Pineto;

**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 per la medicina generale valida
per l'anno 2006, pos. _____ punti _____, laureato dal _____, con voto _____

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, 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. 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 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 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a);

riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b);

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. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 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 comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 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. _____

Data _____

firma per esteso _____

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIREZIONE SANITA'
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

**Incarichi vacanti di Continuità Assisten-
ziale.**

COMUNICATO

Ai sensi dell'art. 63 e delle disposizioni di cui alla norma transitoria n. 2 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, vengono pubblicati gli incari-

chi vacanti di Continuità Assistenziale , individuati dalle Aziende U.S.L. della Regione alla data del 1° settembre 2006 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. 63, con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva , valevole per l'anno 2006. La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli incarichi vacanti per i quali si intende concorrere.

Segue Allegato

4

INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

**AZIENDA U.S.L.
AVEZZANO SULMONA**

(nota prot. 1058/CT del 30.10.2006)

- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella sede di **Avezzano**;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella sede di **Balsorano**;
- N. 2 turni di 24 ore settimanali nella sede di **Carsoli**;
- N. 2 turni di 24 ore settimanali nella sede di **Civitella Roveto**;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella sede di **Pescasseroli**;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella sede di **Pratola Peligna**.

AZIENDA U.S.L. PESCARA

(nota prot. 1193 del 24.10.2006)

- N. 1 turno di 24 ore settimanali nella circoscrizione di **Montesilvano**.

AZIENDA U.S.L. TERAMO

(nota prot. 3109 del 11.10.2006)

- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell'Ambito territoriale di **Castellalto - Canzano**;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell'Ambito territoriale di **Martinsicuro - Colonnella Controguerra**;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell'Ambito territoriale di **Montorio al Vomano - Tossicia**;
- N. 2 turni di 24 ore settimanali nell'Ambito territoriale di **Mosciano Sant'Angelo - Bellante**;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell'Ambito territoriale di **Notaresco - Cellino Attanasio**;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell'Ambito territoriale di **Roseto degli Abruzzi - Morro D'Oro**;
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell'Ambito territoriale di **Torricella Sicura - Cortino - Rocca Santa Maria**.
- N. 1 turno di 24 ore settimanali nell'Ambito territoriale di **Tortoreto - Alba Adriatica**.

(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 valida per l'anno 2006, Pos _____ Punti _____, laureato dal
 _____ con voto _____.

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, 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. _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, comma 7 e comma 8 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 o 277/2003 (art. 16 comma 7 lett. a);

riserva per I medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale;

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 INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(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 _____ A.S.L. 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 di
Continuità Assistenziale 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. 63, comma 2 , lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale,
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. _____
Incarico n. _____	Ambito. _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a
concorrere ai sensi dell'art. 63, comma 2 , lettera a) 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. _____

Data _____

firma per esteso _____

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIREZIONE SANITA'
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

**Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria
Territoriale.**

COMUNICATO

Ai sensi dell'art. 92 e delle disposizioni di cui alla norma transitoria n. 2 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale reso esecutivo dalla conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005, vengono pubblicati gli incari-

chi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dalle Aziende U.S.L. della Regione alla data del 1° settembre 2006 ed il relativo schema di domanda . Al riguardo si comunica che detti incarichi saranno assegnati dalla A.A.SS.LL. secondo le procedure di cui al richiamato art. 92, con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva, valevole per l'anno 2006. La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale verranno espressamente elencati gli incarichi vacanti per i quali si intende concorrere.

Segue Allegato

INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

**AZIENDA U.S.L.
LANCIANO VASTO**

(nota prot. 4481 del 04.10.2006)

- **N. 1 (uno) turno** di 38 ore settimanali presso l'Unità Operativa del P.O. di Casoli.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(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
_____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione
_____ dal _____, inserito nella graduatoria unica regionale valevole per l'anno 2006,
laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi :

Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____
Incarico _____	Incarico _____

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale Presso la Azienda _____ della Regione _____ e di essere in possesso dell'attestato di idoneità previsto dal punto 4 dell'art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale

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 INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(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 _____ Azienda di residenza _____
 e residente nel territorio della Regione _____ dal _____,
 titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda n. _____ di
 _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di
 emergenza sanitaria territoriale 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. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

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

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 92, comma 4, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza sanitaria territoriale:

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. _____

Data _____

firma per esteso _____

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
 (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____ residente in
_____ Via/Piazza _____ n° _____
iscritto all'albo dei _____ della provincia di _____
Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,
di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445
del 28 dicembre 2000

dichiara formalmente di

- 1) - essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____
- 2) - essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____
- 3) - essere / non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____
- 4) - essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
- 5) - essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
provincia _____ branca _____
periodo : dal _____
- 6) - avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, Decreto Legislativo n. 502/92: e successive modificazioni
Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____
periodo : dal _____
- 7) - essere / non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 8) - essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.l.vo n. 368/99 e succ. mod. ed integr..
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio : dal _____
- 9) - operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (2):
Organismo _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____

- 10) - operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in Presidi , stabilimenti , istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 :
(2)
Organismo _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____
- 11) - svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93 :
Azienda _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Periodo : dal _____
- 12) - svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo : dal _____
- 13) - avere / non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)

Periodo : dal _____
- 14) - essere / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

- 15) - fruire / non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale :
Periodo : dal _____
- 16) - svolgere / non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna)

Periodo : dal _____
- 17) - essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate , a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)
Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo : dal _____
- 18) - operare / non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1 ,2 ,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4 , 5 ,6 , 7 ,) :
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____
- 19) - essere / non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di : (2)

Periodo : dal _____

- 20) - fruire /non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita : (2)
soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo : dal _____

NOTE:

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Dichiaro , inoltre , di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati , anche con strumenti informatici , esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede

data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste , qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce " NOTE "

Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R. del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia , non autenticata , di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente via fax , tramite un incaricato , oppure mezzo posta.

DIREZIONE SANITA'
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
RIABILITATIVA E MEDICINA SOCIALE

Bando per la definizione dei criteri e le modalità di accesso ai contributi in favore dei portatori di grave disabilità motoria e psichica in attuazione dell'art. 20 comma 5 lettera B) della L.R. 25 agosto 2006, n. 29, nell'ambito di una sperimentazione tesa a definire progetti di così detta "vita indipendente" – Approvato con deliberazione n. 1252 del 6 novembre 2006.

Art. 1

Soggetti Beneficiari

La Regione Abruzzo, per il tramite delle ASL, eroga contributi in favore dei soggetti portatori di grave disabilità motoria e psichica finalizzati all'acquisto degli ausili di cui all'art. 2.

Art. 2

Acquisti ammissibili

Sono ammessi al contributo le spese derivanti dall'acquisto o noleggio di ausili informatici ad alto contenuto innovativo, ivi compresi sistemi applicativi specifici, non inclusi negli elenchi del nomenclatore tariffario di cui all'art. 34 della Legge 104/92 o agli stessi riconducibili ai sensi dell'art. 1 comma 5 del D.M. 27 agosto 1999, n. 332 indispensabili per consentire una vita di relazione e al pagamento di canoni fissi per l'accesso alla rete informatica.

Art. 3

Presentazione delle istanze

Le istanze sono presentate alla AUSL di appartenenza. Per l'anno 2006, possono essere prese in considerazione, solo quelle inoltrate dopo la pubblicazione del bando allegato, sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo* e fino al 31 dicembre 2006, per gli anni a seguire

dal primo gennaio al trentuno dicembre di ogni anno.

Art. 4

Documentazione da presentare

- certificato del medico specialista della AUSL attestante la grave disabilità motoria e/o psichica;
- prescrizione del medico specialista della AUSL che motivi la necessità dell'acquisto, gli obiettivi che si intendono raggiungere con la dotazione dell'ausilio e le modalità di verifica dei risultati attesi;
- autocertificazione che attesti di non aver fatto richiesta di altro finanziamento dell'ausilio oggetto della domanda ne di disporre dello stesso in forma gratuita;
- copia del certificato di handicap rilasciato dalla Commissione Sanitaria per l'accertamento dell'handicap, Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- certificato di residenza dell'utente;
- copia della fattura indicante l'elenco e le caratteristiche dei dispositivi acquistati ed il relativo costo;
- reddito ISEE (indicatore Situazione Economica Equivalente) dell'anno precedente l'acquisto degli ausili;

Art. 5

Modalità di erogazione del contributo

Le Aziende ASL, ognuna per quanto di competenza provvedono ad esaminare le istanze pervenute e a formulare apposite graduatorie a valenza annuale, in base al reddito ISEE in ordine crescente.

L'erogazione del contributo regionale è disposta dalle Aziende USL entro il 31 marzo dell'anno successivo all'esercizio finanziario al quale il contributo si riferisce.

Le aziende USL possono corrispondere il contributo per singolo avente diritto, sino all'importo massimo previsto dall'art. 20 punto d) della L.R. n. 25 agosto 2006, n. 25.

La concessione del contributo sino alla concorrenza dell'importo massimo, determina l'impossibilità di presentare analoga domanda nel corso del triennio successivo. Le richieste non finanziabili per esaurimento del fondo annuale a disposizione delle AUSL, possono

essere riproposte dall'utente per le successive annualità, di ciò dovrà essere data comunicazione al richiedente;

Art. 6

Causa di esclusione

Sono esclusi dai contributi, gli utenti ultra sessantenni, i minori di anni 8 e i soggetti portatori di disabilità derivanti da patologie strettamente connesse ai processi dell'invecchiamento.

AVVISI

ERRATA CORRIGE E AVVISI DI RETTIFICA

L'avviso di rettifica è disposto quando, successivamente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale di un documento, vengono in esso riscontrati errori già contenuti nel documento originale. L'avviso di rettifica può essere disposto esclusivamente dall'autorità che ha disposto la pubblicazione dell'atto errato o dal suo superiore gerarchico, tramite nota scritta indirizzata alla Direzione del Bollettino.

L'errata corrige è disposta quando, successivamente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale di un documento, vengono riscontrate difformità tra il testo originale e il testo pubblicato. La Redazione del Bollettino può disporre autonomamente l'errata corrige, previa intesa con gli estensori dell'atto da correggere.

In caso di correzione di avvisi contenenti bandi di gara e di concorso con termine di scadenza, la Direzione del Bollettino, di concerto con l'autorità estensore dell'atto, dispone che la pubblicazione dell'errata corrige o dell'avviso di rettifica non risulti pregiudicizievole di situazioni giuridiche soggettive degli interessati ai documenti medesimi.

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI**

SERVIZIO BURA PUBBLICITA' ED ACCESSO

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Corso Federico II, n° 51 - 67100 L'Aquila
centralino: 0862 3631
Tel. 0862/ 364659 - 364660 - 364661 - 364663 - 36470
Fax. 0862 364665
Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it**