



BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 17 SETTEMBRE 2010

PALAZZO CENTI



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

Per Abbonamenti e Inserzioni

PRESSO GLI UFFICI POSTALI

sul **c/c postale n. 12101671**
intestato a :
Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale
67100 L'Aquila

PRESSO GLI ISTITUTI BANCARI

Tramite bonifico alle coordinate
Ufficio Postale n. 03001 - L'Aquila Centro
IBAN: IT-71-N-07601-03600-000012101671
Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale

NB: L'attivazione dell'abbonamento decorrerà dal ricevimento - in Redazione - della **copia del versamento da inviare tramite fax al numero 0862/364219**

Inserzioni

MODALITA' di PUBBLICAZIONE

Alla Redazione dell'Ufficio B.U.R.A. via Salaria Antica est n° 27 - edificio B2 - Località S. Antonio - Pile 67100 L'Aquila deve pervenire:

- 1. lettera di richiesta di pubblicazione** del documento recante intestazione, data, numero di protocollo, l'oggetto dell'atto (specificando se contiene allegati) e firma;
- 2. copia cartacea del documento** da pubblicare in originale o copia conforme;
- 3. gli allegati al documento** (se presenti) sempre in originale e numerati;
- 4. il file del documento** da pubblicare, che deve pervenire all'ufficio BURA su supporto informatizzato (cd o floppy) oppure per email al seguente indirizzo:
bura@regione.abruzzo.it

AVVERTENZE

- Nella lettera di richiesta di pubblicazione del documento è **obbligatorio** specificare il numero degli allegati da pubblicare e la forma di pubblicazione dell'atto stesso: INTEGRALE o per ESTRATTO (oggetto e dispositivo), indicando le parti da non pubblicare con "omissis".
- Se vi sono tabelle, immagini o altro non devono superare le dimensioni di **21 per 17 cm.**
- Il file deve essere necessariamente in **formato word A/4**

INSERZIONI A PAGAMENTO

Gli Enti non regionali o soggetti privati devono allegare alla richiesta scritta di pubblicazione:

- una copia dell'atto o documento da pubblicare con una **Marca da Bollo da 14,62 €** (1 ogni 4 facciate)
- la copia della **ricevuta di versamento** da effettuare sul **c.c.p. n° 12101671** intestato a Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - via Salaria Antica est n° 27 - edificio B2 - Località S. Antonio - Pile 67100 L'Aquila, dell'importo calcolato con le modalità di seguito riportate.

CALCOLO DEL PREVENTIVO

L'importo da versare per la pubblicazione varia in relazione all'atto da pubblicare ed è calcolato in base a quanto di seguito riportato:

- (foglio uso bollo massimo 61 battute)
- **€ 1,81 a rigo per i titoli e l'oggetto** evidenziati in neretto
- **€ 1,47 a rigo del testo da pubblicare** di ciascuna inserzione.

Il preventivo può essere richiesto all'Ufficio Bura tramite fax al numero **0862/364219** o compilando l'apposito modulo sul sito del BURA:

<http://bura.regione.abruzzo.it>

Informazioni

- Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo dalla "data di pubblicazione sul B.U.R.A."
- L'**accesso online** al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, è consentito gratuitamente a tutti i cittadini, i dati acquisiti non rivestono carattere di ufficialità e legalità"
- Unico punto vendita: Ufficio BURA -via Salaria Antica est n° 27 - edificio B2 - Località S. Antonio - Pile 67100 L'Aquila info: 0862/364211 - 4221. Per l'attivazione o il rinnovo dell'Abbonamento annuale tel. 0862/364214

SOMMARIO

Parte I

Leggi, Regolamenti ed Atti della Regione

ATTI

DELIBERAZIONI DEL COMMISSARIO
AD ACTA

DELIBERAZIONE 05.07.2010, n. 37/2010:

Definizione tetti di spesa per l'anno 2010 in favore della struttura privata SAN.STEF.A.R. . Riaccreditamento predefinitivo con condizione e proposta di contratto ex art. 8 quinquies d.lgs n. 502/92 per l'anno 2010 all'esercizio provvisorio del fallimento san.stef.a.r. S.r.l. Pag. 8

DELIBERAZIONE 05.07.2010, n. 38/2010:

Definizione tetti di spesa per l'anno 2010 in favore della struttura privata MARI- STELLA S.R.L. . Riaccreditamento predefinitivo con condizione e proposta di contratto ex art. 8 quinquies d.lgs n. 502/92 per l'anno 2010 all'esercizio provvisorio del fallimento MARISTELLA S.R.L..... Pag. 11

DELIBERAZIONI DELLA
GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 17.05.2010, n. 393/P:

Azienda USL di Lanciano-Vasto-Chieti - art. 6 della Legge Finanziaria Regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 - Rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale. Pag. 14

DELIBERAZIONE 17.05.2010, n. 394/P:

Azienda USL di Teramo - art. 6 della Legge Finanziaria Regionale n. 1 del 9 gennaio 2010- rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale. Pag. 67

DELIBERAZIONE 17.05.2010, n. 395/P:

Azienda USL di Teramo - art. 6 della Legge Finanziaria Regionale n. 1 del 9 gennaio 2010- rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale. Pag. 84

DELIBERAZIONE 12.07.2010, n. 536:

Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012. Recepimento Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Indicazioni linee operative..... Pag. 125

DECRETI

Presidente della Giunta Regionale

DECRETO 05.08.2010, n. 97:

Riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della "Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettuale e/o Relazionale Anffas (A.N.F.F.A.S.) – Onlus di Giulianova", con sede in Giulianova (TE). Pag. 211

DECRETO 05.08.2010, n. 98:

Riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della "Associazione per la Promozione e la Tutela dei Diritti nell'Handicap – Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale", con sede in L'Aquila. Pag. 226

DECRETO 11.08.2010, n. 99:

Nomina Commissario Liquidatore dell'ARET. L.R. n. 32/2010..... Pag. 245

DECRETO 11.08.2010, n. 100:

Proroga dell'incarico di Commissario Straordinario dell'Ente Parco Naturale Regionale Sirente - Velino..... Pag. 246

DETERMINAZIONI*Dirigenziali*

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE, FORESTALE, CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ATTIVITA' ITTICHE E ZOOTECNICHE

DETERMINAZIONE 05.08.2010, n. DH21/18:

Legge regionale n. 22/2004, art. 03 e DGR 1416/2004 "Costituzione della Conferenza regionale della Pesca e dell'acquacoltura" – Integrazione componente. Pag. 247

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE, FORESTALE, CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 18.06.2010, n. DH22/45:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: COLLEFRISIO S.R.L., con sede in Comune di FRISA (CH)-. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010. Pag. 251

DETERMINAZIONE 18.06.2010, n. DH22/46:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: SOC.COOP.CANTINA SOCIALE MADONNA DEL CARMINE, con sede in Comune di LANCIANO-. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presenta-

zione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010. Pag. 252

DETERMINAZIONE 08.07.2010, n. DH22/116:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: CALDORA VINI S.R.L., con sede in Comune di ORTONA -. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010. Pag. 253

DETERMINAZIONE 08.07.2010, n. DH22/117:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta : DI BIASE NICOLA con sede in Comune di FRISA (CH). Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P.S.R.) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010. Pag. 254

DETERMINAZIONE 08.07.2010, n. DH22/118:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: CANTINA SOCIALE DI ORTONA SOC.COOP.A.R.L., con sede in Comune di ORTONA -. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010. Pag. 255

DETERMINAZIONE 13.07.2010, n. DH22/121:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: CANTINA SOCIALE DI VACRI SOC.COOP., con sede in Comune di VA-

CRI-. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010..... Pag. 256

DETERMINAZIONE 20.07.2010, n. DH22/126:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: AZIENDA AGRICOLA NICOLA DI SIPIO S.R.L. con sede in Comune di RIPA TEATINA (CH). Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P.S.R.) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010..... Pag. 257

DETERMINAZIONE 20.07.2010, n. DH22/127:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: SOC. COOP. AGR. SAN MICHELE ARCANGELO A.R.L., con sede in Comune di VASTO -. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010..... Pag. 259

DETERMINAZIONE 20.07.2010, n. DH22/128:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: CANTINA SOCIALE SAN GIACOMO SOC.COOP., con sede in Comune di ROCCA SAN GIOVANNI -. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presenta-

zione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010. Pag. 260

DETERMINAZIONE 26.07.2010, n. DH22/129:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: URSINI S.R.L. con sede in Comune di FOSSACESIA (CH). Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P.S.R.) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010..... Pag. 261

DETERMINAZIONE 30.07.2010, n. DH22/175:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: DORA SARCHESE S.R.L., con sede in Comune di ORTONA -. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010. Pag. 263

DETERMINAZIONE 30.07.2010, n. DH22/176:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: PRODUTTORI RIUNITI IN PIAN DI MARE SOC.COOP.AGR., con sede in Comune di VILLAMAGNA -. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010. Pag. 264

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL
LAVORO, FORMAZIONE ED
ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

*SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE
DELLE POLITICHE DELL'ISTRUZIONE.
DIRITTO ALLO STUDIO ORDINARIO E
UNIVERSITARIO. ACCREDITAMENTO
ORGANISMI DI FORMAZIONE*

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/219:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento DEFINITIVO alla CIPAT Abruzzo con Sede Legale in Pescara (PE), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363. Pag. 265

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/220:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento PROVVISORIO alla RSA FORMAZIONE S.R.L. con Sede Legale in Roseto degli Abruzzi (TE), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363. Pag. 266

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/221:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento DEFINITIVO alla CONSORZIO MARIO NEGRI SUD Con Sede Legale in Santa Maria Imbaro (CH), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363. Pag. 267

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/222:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento PROVVISORIO alla ASSOCIAZIONE MONFOR ONLUS con Sede Legale in Vasto (CH), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363. Pag. 267

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/223:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento PROVVISORIO alla ARTIGIANSERVICE CHIETI S.R.L. con Sede Legale in Chieti (CH), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363. Pag. 268

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/224:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento PROVVISORIO alla ISFORM S.R.L. con Sede Legale in Vasto (CH), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363. Pag. 269

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/225:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento DEFINITIVO alla A.F.G.P. Associazione Formazione Giovanni Piamarta "Centro Guerrieri" con Sede Legale in Brescia (BS), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363. Pag. 270

DETERMINAZIONE 10.08.2010, n. DL24/227:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento DEFINITIVO alla CE.S.CO.T. ABRUZZO con Sede Legale in Pescara (PE), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363. Pag. 271

DIREZIONE PROTEZIONE CIVILE -
AMBIENTE
SERVIZIO GESTIONE DEI RIFIUTI

DETERMINAZIONE 03.08.2010, n. DR4/136:

Decreto Legislativo 03.04.2006 n° 152 e s.m.i, Art. 208 - Legge Regionale 19.12.2007 N° 45 e s.m.i., Art. 45 - Società LAFARGE GESSI S.p.A. - Sede legale: Via GG. Winckelmann n° 2 - 20146 MILANO (MI) - Sede Operativa: Strada S. Maria Loc. Impianata - 67030 CORFINIO (AQ) - Autorizzazione regionale alla realizzazione ed esercizio di un impianto di recupero di rifiuti non pericolosi. Pag. 272

DIREZIONE TRASPORTI,
INFRASTRUTTURE, MOBILITA' E
LOGISTICA
*SERVIZIO RETI FERROVIARIE ED
IMPIANTI FISSI*

DETERMINAZIONE 06.08.2010, n. DE9/016:

Impianto di seggiovia biposto ad attacchi fissi denominato "Orsetta - Quota" (1236-

1308 ml. s.l.m.), gestito dalla Assifer Service S.r.l. in Comune di Pescasseroli (AQ). Autorizzazione pubblico esercizio estivo..... Pag. 280

DIREZIONE RIFORME ISTITUZIONALI -
ENTI LOCALI - BILANCIO ED ATTIVITA'
SPORTIVE
SERVIZIO SPORT, IMPIANTISTICA SPORTIVA

DETERMINAZIONE 11.08.2010, n. DB5/95:

LR. 10.09.1993 n° 56 art. 21e 22 – Norme in materia di promozione culturale - Finanziamenti per iniziative di carattere sportivo-ricreativo del tempo libero. APPROVAZIONE GRADUATORIA DELLE INIZIATIVE AMMESSE ED ELENCO DELLE INIZIATIVE ESCLUSE. ANNO 2009. Pag. 281

Parte III

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

AUTORITA'
DI BACINO DEL FIUME TEVERE ROMA

Avviso di adozione del piano di bacino del Fiume Tevere - VI Stralcio funzionale P.S. 6 - per l'assetto idrogeologico - P.A.I. - Progetto di primo aggiornamento. Pag. 293

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI
PESCARA

ESTRATTO ATTO DI DETERMINAZIONE N. 2095 DEL 05.08.2010. Lavori di realizzazione di uno svincolo (rotatoria) tra

le strade S.S. 81 – SR 151 e Via R. De Vico nel comune di Penne. Cod. V125 Pag. 294

COMUNE DI SULMONA (AQ)

Autorizzazione all'esercizio i una cava n. 748/ADA/daom del 4.08.2010..... Pag. 295

COMUNE DI VILLETTA BARREA (AQ)

Deliberazione di Consiglio Comunale n. 30 del 30.7.2010 – Approvazione Programma Integrato di Interevento Artt. 20 e 21 L.R. 18/83; Pag. 295

DEME ENVIRONMENTAL CONTRACTOR
- HAVEN 1025 – SCHELDEDIJK 30 - B-2070
ZWIJNDRECHT, BELGIUM

Impianto di trattamento di “Soil Washing”. PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ..... Pag. 295

GAAB ENERGIA S.R.L.
AVEZZANO (AQ)

Avviso per la realizzazione di un elettrodotto in MT 20kV in cavo aereo ed interrato. Pag. 297

TECNOASFALTI S.R.L.
VASTO (CH)

Impianto per la produzione di conglomerati bituminosi con recupero di rifiuti non pericolosi. PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ..... Pag. 298

PARTE I

LEGGI, REGOLAMENTI ED ATTI
DELLA REGIONE

ATTI

DELIBERAZIONI DEL COMMISSARIO
AD ACTA

DELIBERAZIONE 05.07.2010, n. 37/2010:

Definizione tetti di spesa per l'anno 2010 in favore della struttura privata SAN.STEF.A.R. . Riaccreditamento predefinitivo con condizione e proposta di contratto ex art. 8 quinquies d.lgs n. 502/92 per l'anno 2010 all'esercizio provvisorio del fallimento SAN.STEF.A.R. S.R.L.

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO AD
ACTA

PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI
RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO DELLA
REGIONE ABRUZZO

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri
dell'11/12/2009)

Pescara, 05.07.2010 n. 37/2010 del Regi-
stro delle deliberazioni

IL COMMISSARIO AD ACTA

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo e le competenze ivi stabilite;

Atteso che, in base all'art. 4, comma 2, del D.L. 01.10.2007 n. 159, convertito in Legge 29.11.2007 n. 222, l'incarico è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 13.01.2010, con cui, tra l'altro, è stata nominata Subcommissario la dr.ssa Giovanna Baraldi con il compito di affiancare il Commissario ad acta per gli aspetti di programmazione sanitaria, tra cui l'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale;

Vista la Deliberazione Commissariale n. 07/2010 del 20-01-2010 con la quale, anche ai sensi dell'art. 7 e 7 bis L.R. n. 32/2009, si è disposta la sospensione dell'accREDITamento predefinitivo della struttura privata "San.Stef.A.R.", con sede in Chieti per non avere la proprietà assolto agli obblighi retributivi e contributivi in favore del proprio personale dipendente;

Preso atto che SAN.STEF.A.R. s.r.l. è stata dichiarata fallita con sentenza del Tribunale di Chieti pubblicata il 24-05-2010, la quale ha anche ammesso l'impresa del fallito all'esercizio provvisorio;

Vista la nota in data 31.05.2010 con cui il Curatore fallimentare ha richiesto di ripristinare l'accREDITamento predefinitivo della struttura in argomento;

Dato atto della natura di strumento conservativo del patrimonio dell'impresa che riveste l'esercizio provvisorio;

Tenuto conto della terzietà della curatela rispetto agli atti compiuti dal fallito prima dell'apertura della procedura fallimentare;

Rilevato che, alla luce dell'introduzione dell'esercizio provvisorio non vi è, alla stato, più ragione di riservare all'azienda "SAN.STEF.A.R. s.r.l.", un trattamento diverso da quello riservato, per l'anno 2010, alle altre strutture private erogatrici di prestazioni sanitarie riabilitative extra-ospedaliere ex art. 26 della Legge 833/78, con deliberazione Commissariale n. 15 del 18.02.2010;

Dato atto che con la surrichiamata deliberazione si è provveduto, nei confronti di tutte le

strutture private erogatrici di prestazioni sanitarie riabilitative extra-ospedaliera ex art. 26 della Legge 833/78 provvisoriamente accreditate, ad autorizzare il tetto di spesa complessivo relativo all'anno 2010 per i servizi di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo;

Considerato che da tale deliberazione Commissariale n. 15/2010 veniva esclusa, tra l'altro, la struttura "SAN.STEF.A.R. s.r.l." per la quale, in ragione dello stato di sospensione dall'accREDITAMENTO in cui si trovava anche ai sensi degli artt. 7 e 7 bis L.R. n. 32/2009, del conclamato stato prefallimentare nel quale versava la società proprietaria e della incertezza esistente in ordine al permanere del possesso dei requisiti di autorizzazione e di accREDITAMENTO, si demandava ogni provvedimento a successive verifiche;

Dato atto che può sciogliersi, allo stato, nei confronti dell'esercizio provvisorio, la riserva contenuta nella suddetta deliberazione commissariale relativamente alla struttura "SAN.STEF.A.R. s.r.l.", a condizione che, all'atto della sottoscrizione del contratto ex art. 8 quinquies D.lgs n. 502/92 testo vigente, sussistano e comunque siano stati ripristinati gli obbligatori requisiti di autorizzazione e gli ulteriori obbligatori requisiti per l'accREDITAMENTO;

Atteso che occorre quindi applicare anche nei confronti della struttura privata "SAN.STEF.A.R. s.r.l." tutta la parte regolamentare della deliberazione commissariale n. 15 del 18.02.2010 che della presente deliberazione forma parte integrante e sostanziale, e che unitamente alla presente deliberazione viene comunicata al Curatore del fallimento;

Considerato che dall'applicazione dei criteri e della metodologia contenuti nella suddetta deliberazione n. 15/2010 deriva, in favore della società "SAN.STEF.A.R. s.r.l." un tetto di spesa per l'anno 2010 pari ad Euro € 9.899.597 per i pazienti residenti nella Regione Abruzzo;

Rilevato che il tetto di spesa sopra indicato, così come previsto nell'art. 10 dello schema di contratto allegato, deve essere frazionato in mensilità e, pertanto, da esso vanno detratte le mensilità da gennaio 2010 relative al periodo in cui la struttura privata "SAN.STEF.A.R. s.r.l." è stata parzialmente inattiva e fino alla ripresa della suddetta attività a seguito della sottoscrizione del contratto da parte della Curatela del Fallimento "SAN.STEF.A.R. s.r.l.", o comunque secondo le modalità interinali nelle more del procedimento di interlocuzione previste dalla deliberazione commissariale n. 15/2010;

Rilevato, altresì, che con le risorse di cui al tetto di spesa sopra individuato bisogna far fronte anche agli oneri derivanti dalle prestazioni effettuate dalla struttura in parola a decorrere dal 01.01.2010 fino alla data di dimissione dei pazienti a seguito dell'adozione del provvedimento commissariale n. 07/2010 del 20.01.2010 con il quale si è provveduto, ai sensi degli artt. 7 e 7 bis della Legge Regionale 31 luglio 2007, n. 32, e s.m.i., alla sospensione dell'accREDITAMENTO predefinitivo alla struttura privata "SAN.STEF.A.R. s.r.l.";

Dato atto che è quindi necessario proporre anche al Curatore fallimentare lo schema di contratto di cui alla deliberazione Commissariale n. 15/2010 relativamente all'esercizio provvisorio dell'azienda "SAN.STEF.A.R. s.r.l.", secondo la procedura prevista nella suddetta deliberazione;

Tenuto conto che la presente deliberazione con i suoi allegati 1) deliberazione commissariale n. 15/2010, 2) tetti di spesa, 3) schema di contratto va comunicata, a mezzo racc. a r. al Curatore del fallimento SAN.STEF.A.R. s.r.l. entro il termine di sette giorni dall'adozione, fissando altresì la data di sottoscrizione del contratto che dev'essere effettuata entro i successivi quindici giorni;

Considerato che il termine di cui sopra può anche essere utilizzato dal Curatore ai fini del deposito di eventuali controdeduzioni al Com-

missario ad acta in ordine al rapporto di sua competenza quale risultante dallo schema di contratto e dal tetto assegnato e che in tal caso il Commissario provvederà a fornire la relativa risposta entro i successivi quindici giorni, fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;

Atteso che, in ogni caso, viene fissata la data del 31 agosto 2010 come termine massimo per la sottoscrizione del contratto afferente le prestazioni sanitarie riabilitative ex art. 26 della L. 833/78 erogate dalla struttura privata "SAN.STEF.A.R. s.r.l.", anche a seguito dell'eventuale procedura di interlocuzione;

Dato atto che la presente deliberazione riveste carattere d'urgenza;

Tutto ciò premesso

per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

DELIBERA

- di sciogliere, allo stato, nei confronti dell'esercizio provvisorio del Fallimento SAN.STEF.A.R. s.r.l., con sede in Chieti, la riserva contenuta nella deliberazione Commissariale n. 15/2010 a condizione che, all'atto della sottoscrizione del contratto ex art. 8 quinquies D.lgs n. 502/92 testo vigente, sussistano e comunque siano stati ripristinati gli obbligatori requisiti di autorizzazione e gli ulteriori obbligatori requisiti per l'accreditamento;
- conseguentemente, di applicare anche nei confronti della predetta struttura tutta la parte regolamentare della deliberazione commissariale n. 15 del 18.02.2010 che della presente deliberazione forma parte integrante e sostanziale, e che unitamente alla presente deliberazione viene comunicata al Curatore del fallimento;
- in applicazione della suddetta deliberazione di individuare, in favore della "SAN.STEF.A.R. s.r.l." un tetto di spesa per l'anno 2010 pari ad Euro 9.899.597,00 per i pazienti residenti nella Regione Abruzzo;
- di precisare che il tetto di spesa sopra indicato, così come previsto nell'art. 10 dello schema di contratto allegato, deve essere frazionato in mensilità e, pertanto, da esso vanno detratte le mensilità da gennaio 2010 relative al periodo in cui la struttura "SAN.STEF.A.R. s.r.l." è stata parzialmente inattiva e fino alla ripresa dell'attività a seguito della sottoscrizione del contratto da parte della Curatela del Fallimento o comunque secondo le modalità interinali nelle more del procedimento di interlocuzione previste dalla deliberazione commissariale n. 15/2010;
- di far fronte con le risorse di cui al tetto di spesa sopra individuato anche agli oneri derivanti dalle prestazioni effettuate dalla struttura in parola a decorrere dal 01.01.2010 fino alla data di dimissione dei pazienti a seguito dell'adozione del provvedimento commissariale n. 07/2010 del 20.01.2010;
- di proporre al Curatore fallimentare lo schema di contratto di cui alla deliberazione Commissariale n. 15/2010 relativamente all'esercizio provvisorio della struttura "SAN.STEF.A.R. s.r.l.", secondo la procedura prevista nella suddetta deliberazione;
- di comunicare la presente deliberazione con i suoi allegati che ne formano parte integrante e sostanziale -1)deliberazione commissariale n. 15/2010, 2)tetti di spesa, 3) schema di contratto - a mezzo racc. a r. al Curatore del fallimento SAN.STEF.A.R. s.r.l. entro il termine di sette giorni dall'adozione, fissando la data del 31 agosto 2010 come termine massimo per la sottoscrizione del contratto afferente le prestazioni sanitarie riabilitative ex art. 26 della L.

833/78 erogate dal centro SAN.STEF.A.R. s.r.l.", anche a seguito dell'eventuale procedura di interlocuzione di cui in narrativa;

- di trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute e dell'Economia e Finanze, al fine dell'emanazione del parere previsto nell'Accordo intervenuto con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

IL SUBCOMMISSARIO
Dott.ssa Giovanna Baraldi

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dr. Giovanni Chiodi

DELIBERAZIONE 05.07.2010, n. 38/2010:

Definizione tetti di spesa per l'anno 2010 in favore della struttura privata MARI- STELLA S.R.L. . Riaccreditamento predefinitivo con condizione e proposta di contratto ex art. 8 quinquies d.lgs n. 502/92 per l'anno 2010 all'esercizio provvisorio del fallimento MARISTELLA S.R.L.

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO AD ACTA

PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI DEL SETTORE SANITARIO DELLA REGIONE ABRUZZO

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2009)

Pescara, 05.07.2010 n. 38/2010 del Registro delle deliberazioni

IL COMMISSARIO AD ACTA

Vista la deliberazione del Consiglio dei Mi-

nistri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo e le competenze ivi stabilite;

Atteso che, in base all'art. 4, comma 2, del D.L. 01.10.2007 n. 159, convertito in Legge 29.11.2007 n. 222, l'incarico è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di rientro;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 13.01.2010, con cui, tra l'altro, è stata nominata Subcommissario la dr.ssa Giovanna Baraldi con il compito di affiancare il Commissario ad acta per gli aspetti di programmazione sanitaria, tra cui l'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale;

Vista la Deliberazione Commissariale n. 04/2010 del 13-01-2010 con la quale, anche ai sensi dell'art. 7 e 7 bis L.R. n. 32/2009, si è disposta la sospensione dell'accREDITAMENTO predefinitivo della struttura privata "Maristella s.r.l.", con sede in Chieti per non avere la proprietà assolto agli obblighi retributivi e contributivi in favore del proprio personale dipendente;

Preso atto che Maristella s.r.l. è stata dichiarata fallita con sentenza del Tribunale di Chieti pubblicata il 24-05-2010, la quale ha anche ammesso l'impresa del fallito all'esercizio provvisorio;

Vista la nota in data 31.05.2010 con cui il Curatore fallimentare ha richiesto di ripristinare l'accREDITAMENTO predefinitivo della struttura in argomento;

Dato atto della natura di strumento conservativo del patrimonio dell'impresa che riveste l'esercizio provvisorio;

Tenuto conto della terzietà della curatela rispetto agli atti compiuti dal fallito prima dell'apertura della procedura fallimentare;

Rilevato che, alla luce dell'introduzione dell'esercizio provvisorio non vi è, alla stato, più ragione di riservare all'azienda "Maristella s.r.l.", un trattamento diverso da quello riservato, per l'anno 2010, alle altre strutture private erogatrici di prestazioni sanitarie riabilitative extra-ospedaliera ex art. 26 della Legge 833/78, con deliberazione Commissariale n. 15 del 18.02.2010;

Dato atto che con la surrichiamata deliberazione si è provveduto, nei confronti di tutte le strutture private erogatrici di prestazioni sanitarie riabilitative extra-ospedaliera ex art. 26 della Legge 833/78 provvisoriamente accreditate, ad autorizzare il tetto di spesa complessivo relativo all'anno 2010 per i servizi di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo;

Considerato che da tale deliberazione Commissariale n. 15/2010 veniva esclusa, tra l'altro, la struttura "Maristella s.r.l." per la quale, in ragione dello stato di sospensione dall'accreditamento in cui si trovava anche ai sensi degli artt. 7 e 7 bis L.R. n. 32/2009, del conclamato stato prefallimentare nel quale versava la società proprietaria e della incertezza esistente in ordine al permanere del possesso dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, si demandava ogni provvedimento a successive verifiche;

Dato atto che può sciogliersi, allo stato, nei confronti dell'esercizio provvisorio, la riserva contenuta nella suddetta deliberazione commissariale relativamente alla struttura "Maristella s.r.l.", a condizione che, all'atto della sottoscrizione del contratto ex art. 8 quinquies D.lgs n. 502/92 testo vigente, sussistano e comunque siano stati ripristinati gli obbligatori requisiti di autorizzazione e gli ulteriori obbligatori requisiti per l'accreditamento;

Atteso che occorre quindi applicare anche nei confronti della struttura privata "Maristella s.r.l." tutta la parte regolamentare della delibe-

razione commissariale n. 15 del 18.02.2010 che della presente deliberazione forma parte integrante e sostanziale, e che unitamente alla presente deliberazione viene comunicata al Curatore del fallimento;

Considerato che dall'applicazione dei criteri e della metodologia contenuti nella suddetta deliberazione n. 15/2010 deriva, in favore della società "Maristella s.r.l." un tetto di spesa per l'anno 2010 pari ad Euro € 2.798.776 per i pazienti residenti nella Regione Abruzzo;

Rilevato che il tetto di spesa sopra indicato, così come previsto nell'art. 10 dello schema di contratto allegato, deve essere frazionato in mensilità e, pertanto, da esso vanno detratte le mensilità da gennaio 2010 relative al periodo in cui la struttura privata "Maristella s.r.l." è stata parzialmente inattiva e fino alla ripresa della suddetta attività a seguito della sottoscrizione del contratto da parte della Curatela del Fallimento "Maristella s.r.l.", o comunque secondo le modalità interinali nelle more del procedimento di interlocuzione previste dalla deliberazione commissariale n. 15/2010;

Rilevato, altresì, che con le risorse di cui al tetto di spesa sopra individuato bisogna far fronte anche agli oneri derivanti dalle prestazioni effettuate dalla struttura in parola a decorrere dal 01.01.2010 fino alla data di dimissione dei pazienti a seguito dell'adozione del provvedimento commissariale n. 04/2010 del 13.01.2010 con il quale si è provveduto, ai sensi degli artt. 7 e 7 bis della Legge Regionale 31 luglio 2007, n. 32, e s.m.i., alla sospensione dell'accreditamento predefinitivo alla struttura privata "Maristella s.r.l.";

Dato atto che è quindi necessario proporre anche al Curatore fallimentare lo schema di contratto di cui alla deliberazione Commissariale n. 15/2010 relativamente all'esercizio provvisorio dell'azienda "Maristella s.r.l.", secondo la procedura prevista nella suddetta deliberazione;

Tenuto conto che la presente deliberazione

con i suoi allegati 1) deliberazione commissariale n. 15/2010, 2) tetti di spesa, 3) schema di contratto va comunicata, a mezzo racc. a r. al Curatore del fallimento Maristella s.r.l. entro il termine di sette giorni dall'adozione, fissando altresì la data di sottoscrizione del contratto che dev'essere effettuata entro i successivi quindici giorni;

Considerato che il termine di cui sopra può anche essere utilizzato dal Curatore ai fini del deposito di eventuali controdeduzioni al Commissario ad acta in ordine al rapporto di sua competenza quale risultante dallo schema di contratto e dal tetto assegnato e che in tal caso il Commissario provvederà a fornire la relativa risposta entro i successivi quindici giorni, fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;

Atteso che, in ogni caso, viene fissata la data del 31 agosto 2010 come termine massimo per la sottoscrizione del contratto afferente le prestazioni sanitarie riabilitative ex art. 26 della L. 833/78 erogate dalla struttura privata "Maristella s.r.l.", anche a seguito dell'eventuale procedura di interlocuzione;

Dato atto che la presente deliberazione riveste carattere d'urgenza;

Tutto ciò premesso

per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

DELIBERA

- di sciogliere, allo stato, nei confronti dell'esercizio provvisorio del Fallimento Maristella s.r.l., con sede in Chieti, la riserva contenuta nella deliberazione Commissariale n. 15/2010 a condizione che, all'atto della sottoscrizione del contratto ex art. 8 quinquies D.lgs n. 502/92 testo vigente, sussistano e comunque siano stati ripristinati gli obbligatori requisiti di autorizzazione e gli

ulteriori obbligatori requisiti per l'accREDITAMENTO;

- conseguentemente, di applicare anche nei confronti della predetta struttura tutta la parte regolamentare della deliberazione commissariale n. 15 del 18.02.2010 che della presente deliberazione forma parte integrante e sostanziale, e che unitamente alla presente deliberazione viene comunicata al Curatore del fallimento;
- in applicazione della suddetta deliberazione di individuare, in favore della "Maristella s.r.l." un tetto di spesa per l'anno 2010 pari ad Euro 2.798.776,00 per i pazienti residenti nella Regione Abruzzo;
- di precisare che il tetto di spesa sopra indicato, così come previsto nell'art. 10 dello schema di contratto allegato, deve essere frazionato in mensilità e, pertanto, da esso vanno detratte le mensilità da gennaio 2010 relative al periodo in cui la struttura "Maristella s.r.l." è stata parzialmente inattiva e fino alla ripresa dell'attività a seguito della sottoscrizione del contratto da parte della Curatela del Fallimento o comunque secondo le modalità interinali nelle more del procedimento di interlocuzione previste dalla deliberazione commissariale n. 15/2010;
- di far fronte con le risorse di cui al tetto di spesa sopra individuato anche agli oneri derivanti dalle prestazioni effettuate dalla struttura in parola a decorrere dal 01.01.2010 fino alla data di dimissione dei pazienti a seguito dell'adozione del provvedimento commissariale n. 4/2010 del 13.01.2010;
- di proporre al Curatore fallimentare lo schema di contratto di cui alla deliberazione Commissariale n. 15/2010 relativamente all'esercizio provvisorio della struttura "Maristella s.r.l.", secondo la procedura prevista nella suddetta deliberazione;
- di comunicare la presente deliberazione con

i suoi allegati che ne formano parte integrante e sostanziale -1)deliberazione commissariale n. 15/2010, 2)tetti di spesa, 3) schema di contratto - a mezzo racc. a r. al Curatore del fallimento Maristella s.r.l. entro il termine di sette giorni dall'adozione, fissando la data del 31 agosto 2010 come termine massimo per la sottoscrizione del contratto afferente le prestazioni sanitarie riabilitative ex art. 26 della L. 833/78 erogate dal centro Maristella s.r.l.", anche a seguito dell'eventuale procedura di interlocuzione di cui in narrativa;

- di trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute e dell'Economia e Finanze, al fine dell'emanazione del parere previsto nell'Accordo intervenuto con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

IL SUBCOMMISSARIO
Dott.ssa Giovanna Baraldi

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dr. Giovanni Chiodi

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 17.05.2010, n. 393/P:

Azienda USL di Lanciano-Vasto-Chieti - art. 6 della Legge Finanziaria Regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 - Rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale.

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che l'art. 6 della legge regionale n. 1 del 9/01/2010 (finanziaria 2010) dispone

quanto segue:

- 1) "Al fine di consentire la completa realizzazione di progetti regionali e nazionali e di garantire le quote di finanziamento dei progetti con cofinanziamento statale, la Giunta Regionale, attraverso la Direzione Politiche della Salute, previo parere della competente Commissione Consiliare, procede alla rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale.
- 2) La rimodulazione è disposta, previa verifica delle partite di bilancio, dalla Giunta Regionale, tramite la Direzione Politiche della Salute, mediante reiscrizione degli importi da riscrivere e riprogrammare sul capitolo di spesa 12.01.004 – 81519";

Vista la Determinazione Dirigenziale n. DG7/06 dell'8/03/2010 con la quale sono stati disimpegnati residui passivi perenti sul Capitolo 81519 e contestuale richiesta di reiscrizione;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. DB8/23 del 24/03/2010 con la quale il Dirigente del Servizio Bilancio ha autorizzato la reiscrizione in bilancio di economie vincolate tra cui il finanziamento progetti regionali di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 662/96 sul capitolo 81519, così come richiesto con Determinazione Dirigenziale DG7/06 dell'8/03/2010;

Vista la nota n. 3914/LS del 27/04/2010 con la quale il Direttore Generale della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti ha chiesto il rifinanziamento, per l'anno 2010, del progetto "Prosecuzione delle prestazioni sanitarie a persone affette da autismo", allegandone la relativa copia, per un importo complessivo pari ad € 1.231.200,00 (unmilione duecentotrentunomiladuecento/00), da realizzare attraverso la Fondazione "Il Cireneo" Onlus con sede a Vasto;

Preso atto che, in detta nota, il Direttore Generale della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti evidenzia che:

- la predetta Fondazione, in raccordo con la Regione e la ex ASL di Lanciano/Vasto ha assicurato per gli anni 2007-2008-2009 le prestazioni a favore dei soggetti affetti da autismo;
- per l'anno 2010, la Fondazione stessa sta continuando, a quanto risulta in Azienda ad assicurare la continuità delle prestazioni pur in assenza di specifico accordo e finanziamento;
- l'urgenza di assicurare la continuità di un servizio di così rilevante portata quale l'autismo anche in assenza di strutture aziendali che possono sopperire alle attività necessarie per il trattamento dei minori e adulti affetti da autismo,

Preso atto, altresì, che con deliberazioni nn. 469 del 3/05/06, 1208 del 26/10/06, 462 del 14/05/07, 817 del 3/08/07 e 448 del 19/05/08 la Giunta Regionale ha approvato i progetti-obiettivi "Cura e Riabilitazione di bambini e ragazzi affetti da autismo", da realizzare attraverso la Fondazione "Il Cireneo";

Dato atto che:

- la Fondazione "Il Cireneo" Onlus è legalmente riconosciuta, con D.P.G.R. n. 118 del 17 agosto 2006 ai sensi della l.r. n. 13/2005;
- la Fondazione "Il Cireneo" di Vasto è stata autorizzata provvisoriamente ad erogare le prestazioni sanitarie a favore di persone affette da Autismo, ai sensi dell'art. 35 della legge regionale n. 6 del 30 aprile 2009 e dell'art. 39 della l. r. n. 1 del 9/1/2010 (legge finanziaria regionale 2010);

Visti:

- il "Piano Sanitario Regionale – Triennio 2008 - 2010" approvato con la L.R. 10 marzo 2008, n. 5 paragrafo 5.2.10.4;
- il D.P.C.M. 29 novembre 2001 – Livelli Essenziali di Assistenza;

Considerato che l'eventuale interruzione del

progetto sarebbe causa della cessazione dei servizi sanitari a valenza riabilitativa e psicologica in favore di persone affette da autismo attualmente in cura presso i Centri in questione e di quelli in lista di attesa, con gravi ripercussioni sul loro percorso di recupero e sul loro primario diritto di cura;

Ritenuto, pertanto, di dover procedere, per le motivazioni sopra espresse, all'approvazione del progetto "Prosecuzione delle prestazioni sanitarie a persone affette da autismo", annualità 2010, così come richiesto dal Direttore Generale della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti con nota n. 3914/LS del 27/04/2010;

Rilevato che l'onere derivante dalla realizzazione del presente progetto, pari ad € 1.231.200,00, trova copertura finanziaria sul cap. di spesa n. 81519 del corrente bilancio regionale;

Dato atto che la presente proposta di deliberazione comporta onere finanziario a carico del bilancio regionale a cui si intende far fronte con le modalità sopra specificato;

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

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

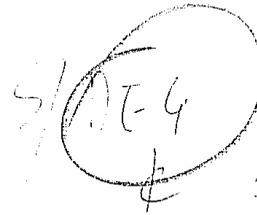
DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente riportate

1. di approvare per l'anno 2010 il progetto "Prosecuzione delle prestazioni sanitarie a persone affette da autismo", allegato al presente provvedimento, per un importo complessivo pari ad € 1.231.200,00 (unmilione duecentotrentunomiladuecento/00), così come richiesto dal Direttore Genera-

- le della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti con nota n. 3914/LS del 27/04/2010;
2. di dare atto che, la somma di € 1.231.200,00 (unmilione duecentotrentunomiladuecento/00), per la realizzazione del progetto in questione, trova capienza sul capitolo 81519 concernente “Finanziamento progetti regionali di rilievo nazionale a norma dell’art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 662/96” del bilancio corrente esercizio;
 3. di assegnare la predetta somma di € 1.231.200,00, (unmilione duecentotrentunomiladuecento/00), finalizzata alla realizzazione del progetto di che trattasi, alla USL di Lanciano-Vasto-Chieti;
 4. di precisare che la suddetta assegnazione dovrà formare oggetto di una specifica rendicontazione e di una relazione dettagliata sulla realizzazione del progetto da parte della USL di Lanciano-Vasto-Chieti da inviare, alla fine dell’annualità, al Servizio “Assistenza Distrettuale, Riabilitativa e Medicina Sociale” rectius “Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale” della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo;
 5. di autorizzare l’Azienda U.S.L. di Lanciano-Vasto-Chieti, a provvedere alla stipula di apposita convenzione con la Fondazione “Il Cireneo” Onlus per la realizzazione del progetto in parola ed a trasferire alla stessa le predette risorse finanziarie;
 6. di dare mandato all’Azienda U.S.L. di Lanciano-Vasto-Chieti di verificare periodicamente, mediante visite ispettive, il regolare svolgimento del presente Progetto e di rimettere alla Direzione Politiche della Salute – Servizio “Assistenza Distrettuale, Riabilitativa e Medicina Sociale” rectius “Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale” l’esito delle verifiche;
 7. di stabilire che l’assunzione degli atti consequenziali necessari per l’attuazione del presente provvedimento è demandato al Dirigente del Servizio “Assistenza Distrettuale Riabilitativa, Medicina Sociale e Attività Sanitaria Territoriale” rectius “Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale” della Direzione Politiche della Salute;
 8. di dare atto che l’esecutività del presente provvedimento è subordinato al parere della competente V Commissione Consiliare del Consiglio Regionale;
 9. di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Seguono allegati



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale Lanciano – Vasto- Chieti
 DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 3814/L5 47
 Documento composto da n. facciate.
 ALLEGATO come parte integrante alla dell-
 berazione n. 393/R del 17 MAG. 2010
 IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
 (Dott. Walter Geronzi)

27 APR. 2010

Regione Abruzzo – Direzione Sanità
 Assessore Dr. Lanfranco VENTURONI
 Via Conte di Ruvo, 74
 PESCARA

Oggetto: Prosecuzione attività sanitarie a favore di persone affette da Autismo.
 Finanziamento progettualità anno 2010.

Come noto, per le annualità pregresse (2007/2008 e 2009), in raccordo con la Regione e con finanziamenti specifici di quest'ultima, la ex ASL di Lanciano-Vasto, ha assicurato le prestazioni a favore dei soggetti affetti da Autismo, attraverso la Fondazione Il Cireneo Onlus.

Per l'anno 2010, la Fondazione stessa sta continuando, a quanto risulta in Azienda, ad assicurare la continuità delle prestazioni pur in assenza di specifico accordo e finanziamento.

Considerando l'emergenza che il problema dell'autismo pone, anche in assenza di Strutture aziendali che possano sopperire alle attività necessarie per il trattamento dei minori e adulti affetti da autismo, questa Azienda doverosamente non può ignorare, come la stessa Regione non può, l'urgenza di assicurare la continuità di un servizio di così rilevante portata.

A tale riguardo, con riferimento alla proposta progettuale rimessa dalla Fondazione "Il Cireneo Onlus", con la presente, si richiede l'ammissione a specifico finanziamento regionale, al fine di poter affermare la continuità delle prestazioni per l'anno 2010. In tal senso viene allegato alla presente copia del Progetto trasmesso, significando la piena adesione di questa Direzione aziendale.

All'esito della richiesta, si procederà alla formalizzazione degli atti e alla sottoscrizione di apposita convenzione, tenuto conto delle previsioni di cui all'art. 35 della L.R. n. 6 del 30.04.2010.

L'occasione è gradita per salutare cordialmente.

Il Direttore del Dipartimento Amm. Territoriale
 (Dott. Giancarlo Barrella)

Il Direttore Sanitario aziendale
 (Dr. Amedeo BUASSI)

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Pescara, li 15/5/2010

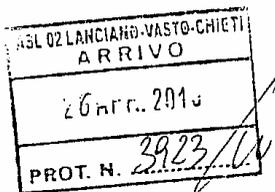
IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO

Dr.ssa Lucia COLAROSSO



Il Direttore Generale
 (Dott. Francesco Nicola ZAVATTARO)

Fondazione "IL CIRENEO Onlus"

per l'autismo e handicap mentale
di grande dipendenza


Vasto, li 22.04.2010

Prot.n. 96/2010

Al Direttore Generale Aziendale
ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti
Prof. Nicola Francesco ZavattaroAl Direttore Sanitario
Dott. Amedeo BudassiAl Direttore del Dipartimento
Funzionale Amm. Territoriale
U.O.C. Gestione Rapporti Soggetti
Accreditati
Dott. Giancarlo BarrellaOGGETTO: Prosecuzione prestazioni sanitarie a persone affette da autismo.
Finanziamento progetto obiettivo 2010.

Considerata la necessità di dare prosecuzione alle prestazioni sanitarie a persone affette da autismo in carico presso i centri di Vasto, Vasto Marina e Lanciano come da convenzione scaduta lo scorso 31.12.2010, con la presente si chiede il finanziamento delle attività per l'anno 2010.

Per quanto sopra esposto, si prega codesta azienda di far proprio il progetto e trasmettere alla Regione Abruzzo Assessorato alla Sanità, la richiesta di finanziamento attraverso le somme del progetto obiettivo, come da proposta allegata alla presente.

In attesa si porgono distinti saluti.

Fondazione
"IL CIRENEO Onlus"
IL PRESIDENTE
Germana Sorge



Convenzione per la ricerca
e la verifica metodologica

Sede Legale: Via Platone, 79
Uffici: Via Marco Polo n. 61/A - 66054 Vasto (CH)
Tel. E Fax: 0873/58448
Codice fiscale 92020790694 - P.IVA 02173310695



FINANZIAMENTO PRESTAZIONI SANITARIE A PERSONE AFFETTE DA
AUTISMO CENTRI DI VASTO – VASTO MARINA E LANCIANO 2010
Fondazione Il Cireneo Onlus per l'autismo

Premesso,

- che l'Autismo è una malattia organica che la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) definisce: come disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita;
- che le aree prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con agli altri (Berney 2000; Barid, Cass ed al. 2003; Szatmari 2003);
- che l'autismo si configura come una disabilità "permanente" che accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale, anche se le caratteristiche del deficit sociale assumono un'espressività variabile nel tempo, definizione accettata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- che dai dati riportati in letteratura, emerge che solo un terzo delle persone che presentano disturbi dello spettro autistico acquisisce un grado di autonomia soddisfacente; di contro, la percentuale maggiore necessita di assistenza continuativa;
- che la prognosi, in termini di sviluppo di autonomie personali, sociali e di qualità della vita è fortemente condizionata dal grado di compromissione cognitiva e dalla presenza del linguaggio;
- che la prognosi risente inoltre dell'eventuale associazione di disturbi in comorbilità e della presenza di condotte disattive;
- che la prognosi risulta significativamente condizionata anche dalla precocità e dall'adeguatezza dell'intervento riabilitativo;
- che la presa in carico nella maggior parte dei casi dura tutta la vita e deve tener conto di numerosi aspetti inerenti non solo la gravità del quadro clinico ma anche le risorse del territorio;
- che per tale ragione la Fondazione Il Cireneo Onlus ha implementato nel territorio regionale un programma elaborandolo ed inserendolo a misura nel contesto dei

servizi con pianificazione sia legislativa che operativa, attraverso un modello di sussidiarietà orizzontale;

- che la Fondazione Il Cireneo Onlus per l'autismo, è costituita dai familiari di persone affette da autismo;

- che la Fondazione Il Cireneo Onlus per l'autismo collabora con l'Associazione delle famiglie di cui sono parte attraverso le forme garantite ed esplicitate nello statuto, ed ha acquisito esperienza pluriennale nella gestione di processi ri-abilitativi e gestionali di strutture diurne per bambini, ragazzi e giovani adulti affetti da autismo;

- che il modello di presa in carico globale assistenziale sanitario integrato tra pubblico e privato sociale è stato riconosciuto e presentato all'8° Congresso Internazionale di Autisme-Europe tenutosi ad Oslo dal 31 agosto al 2 settembre 2007, dalla SINPIA (Società Italiana Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) nel maggio 2008 conferendole il premio nazionale (v. allegati);

- che la Fondazione Il Cireneo Onlus ha pubblicato i risultati su diverse riviste scientifiche;

- che nell'autismo il trattamento significa educazione coadiuvata e diretta da personale sanitario specificamente formato ed educatori di varia qualifica;

- che il trattamento non può escludere la famiglia della persona autistica e la formazione a livello scolastico e nel tessuto sociale in cui la persona con ASD e la sua famiglia vivono;

- che il modello sperimentato e portato avanti negli anni soddisfa appieno quanto dettato a tutte le regioni nella relazione finale del tavolo nazionale sull'autismo presso il Ministero della Salute del febbraio 2008 (v.allegato) e linee guida nazionali S.I.N.P.I.A e regionali;

- che la Regione Abruzzo con il Piano Sanitario 2008-2010, preso atto della necessità di intervenire in maniera diffusa su tutto il territorio regionale per affrontare efficacemente le problematiche dell'assistenza alle persone con ASD, definisce al paragrafo 5.2.10.4. le modalità attuative e nella L.R. 32 le modalità di autorizzazione e accreditamento dei centri diurni per i disturbi dello spettro autistico;

- che la ASL 03, in convenzione con la Fondazione Il Cireneo Onlus per l'autismo ha assicurato negli anni 2006- 2007- 2008 e 2009, le prestazioni sanitarie a 57 pazienti;

- che la Fondazione Il Cireneo Onlus per l'autismo con la Legge Regionale 30 aprile 2009, n. 6 è stata autorizzata ad erogare le stesse prestazioni garantite al 01 gennaio 2009;
- che la Fondazione Il Cireneo Onlus per l'autismo in ordine alla L.R. 32 ha regolarmente presentato la richiesta di autorizzazione definitiva e accreditamento istituzionale agli organi competenti;
- che con nota n. 20457DG42964 del 16 settembre 2009 la Direzione Sanità ha esplicitato le direttive in ordine alle prestazioni ricomprese nei LEA;
- che con Deliberazione di Giunta Regionale n. 246 del 22 maggio 2009 Allegato 10 la Regione ha posto tra gli obiettivi di finanziamento "dare continuità ai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione per i pazienti e le loro famiglie";
- che la Legge Regionale N. 1 del 09 gennaio 2010 Art. 35 proroga la L.R. N. 6 con le parole "31 dicembre 2009" sono sostituite con le parole "31 dicembre 2010";

SI CHIEDE:

- Il finanziamento da parte della Regione Abruzzo assegnandolo alla ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti;
- La Fondazione Il Cireneo alla realizzazione del progetto con proprio personale e proprie strutture e alla realizzazione degli interventi sui pazienti, nelle modalità concordate con i CSM o i DSM aziendali;
- La presa in carico dei pazienti nel progetto sarà garantita in accordo con i Dipartimenti NPI e di Salute Mentale territorialmente competenti, garantendo anche una collaborazione in ordine alle verifiche e valutazioni delle presa in carico del bambino/ragazzo e della famiglia, dando prosecuzione assistenziale alle precedenti prese in carico e priorità, per le nuove, a bambini con diagnosi precoce;

SPESA ANNUALE

€ 1.231.200,00 l'anno

SPESA SEMESTRALE

€ 615.600,00 SEMESTRE

NUMERO DI PAZIENTI

57 in carico alla data del 31.12.2009

€ 410.400,00 CENTRO DI VASTO (N. 19 bambini e adolescenti)

€ 388.800,00 CENTRO DIVASTO MARINA (18 giovani adulti)

€ 432.000,00 CENTRO DI LANCIANO (20 bambini e adolescenti)

Fondazione
"IL CIRENEO ONLUS"
Il Presidente
Germano Longo



Gli allegati sono parte integrante del progetto:

- Abstract della presentazione all'8° Congresso Internazionale di Autisme-Europe Oslo;
- Testo Pubblicazione scientifica SINPIA;
- Relazione finale del tavolo nazionale di lavoro sull'autismo a cura del Ministero della Salute;
- Carta dei servizi Fondazione Il Cireneo Onlus per l'autismo;
- Autorizzazione all'esercizio delle strutture di Vasto, Vasto Marina e Lanciano.

Fondazione
"IL CIRENEO ONLUS"
Il Presidente
Gennara Sorge





A PROJECT FOR TAKING IN CHARGE PEOPLE WITH AUTISM AND THEIR FAMILIES



"A concrete, five year long, experience in Regione Abruzzo with children, adolescents and adults"

Cerbo Renato⁽¹⁾, De Caris Marco⁽²⁾, Volpe Nadia⁽³⁾, Valenti Marco⁽⁴⁾, De Laurenzi Vincenzo⁽⁵⁾, Sorge Germana⁽⁶⁾

- 1) Dipartimento di Salute Mentale e Centro Regionale per ASD e PDD ASL 04 L'AQUILA Regione Abruzzo - Italia -tel. +39-0862-368576 mail: rcerbo@zlrn.it
- 2) A.S.L. 04 L'Aquila e Università "Tor Vergata" - Roma, Fond. "C. Fabretti" - Milano - Italia -
- 3) "Tor Vergata" - Roma - Italia -
- 4) "Epidemiologia e Statistica Medica Università dell'Aquila" - L'Aquila - Italia -
- 5) "Medicina sperimentale e scienze biomediche" - Università "Tor Vergata" - Roma -
- 6) Founder and President dell'ANGSA Abruzzo Onlus e Fondazione "Il Cireneo Onlus" per l'autismo - Via Platone, 79 VASTO (CH) - Italia - tel./fax. +39-0873-50446 mail: fondazioneilcireneo@alice.it

Taking in charge people with autism necessary means, following them throughout their entire life, supporting them and their entire family as well as the teachers and educators, allowing them to deal daily with unpredictable difficulties.

Here we describe an experience of total, continuous and intensive take in charge, in the Italian region of Abruzzo. This approach was conceived and promoted by parents of children and teen-agers with autism, that joined to form a foundation in order to defend the right of autistic people to treatment and support. The programme has been financially supported since the beginning by the Regione Abruzzo - Assessorato alla Sanità (Regional authority of the National Health System), in collaboration with the local health authorities (ASL) and headed by the ASL of L'Aquila. The first two centres located in Vasto and in L'Aquila are indeed dependent from the ASL of L'Aquila and the foundation "Il Cireneo". The ASL of L'Aquila is responsible for the medical part through a multidisciplinary equipe (child neuropsychiatrist, speech therapist, psychologist, pedagogist, social assistant, occupational therapist, epidemiologist) while the foundation "Il Cireneo" is responsible for the therapists and educators and for the supervision of the programme. The staff is supervised every month, and trained and supervised once a year by an external international supervisor. According to these working strategy we are able to give clients the best intervention following internationally recognized "best practices" developed all over the world. This represents a new model of intervention in which parents play a more direct role in organizing the service.

We currently have in charge 38 people aged from 3 to 30 years, divided in small groups based on age and skills. The intervention is educational, cognitive and behavioral in different environments, from the most protective and structured ones to the most natural and incidental ones. Assessment and evaluation is done using tests, checklists and interviews (C.A.R.S., P.E.Pr., AAPEP, Vineland,). Each client, who attends regular school, receives 15 hour of treatment per week, other clients, receive 36 hours per week.

The Centre training steps are:

- Professionals Training
- Regular school teachers Training
- Supervised intervention on autistic person
- Parent Training in big groups
- Parent Training on specific topics (requested by the parents directed to solve specific problems)
- Parent specific child supports
- Brother Training

The union between parents needs and professional's knowledge gave life to a real response and has allowed autistic people (of different ages) to learn more skills and empower their parents. We hope to be able to replicate this model throughout the entire region.

HISTORY

The road to neverland

Eight years ago a group of parents of autistic children having realized that no help for their kids could be expected by the institutions decided to join in an association to promote the modern concepts on autism and obtain an up to date diagnostic and therapeutic path.

Initially (2000) The organization presented a project to take charge of autistic clients, the project was funded by the Abruzzo Health Service. 20 children in scholar age were included in this service. They received 3 hours a week of treatment throughout the year. In addition was organized a summer camp (that is still ongoing). During this years the toughest battle of the organization was against the long-lasting wrong concepts that surrounded autism. This initial experience convinced the families that this was the right way to follow to improve the life of their kids. They also realized that in order to obtain the best treatment they needed highly qualified professionals with different specializations. Therefore in 2002 they presented a new project, again funded by the Abruzzo Health Service, that allowed the opening of the center in Vasto. The center was called: "l'isola che non c'è" (neverland), the name was suggested by one of the autistic kids and encountered everyone's approval. Here the clients received a global and more intensive treatment (15 hrs a week) together with parent training. Moreover, in collaboration with the schools that hosted the kids, a training and supervision programme for teachers was started.

At the same time also started the collaboration with the "Psychosis Reference center" in L'Aquila, that offered all the diagnostic tools and the expertise for advanced psychological evaluation.

In 2003 the parents associated to ANGSA Abruzzo started a foundation, Il Cireneo Onlus to promote diagnostic and therapeutic activities and to push the local government to promote new laws protecting the right of autistic people to proper rehabilitation. The creation of a network of services, of treatment centers, the approval of specific laws currently present in the region Abruzzo are due to the hard work of the members of the Foundation "Il Cireneo Onlus" and of the "Psychosis Reference center" in L'Aquila, that continue their work: believing that dreams can come true if one really believes in them....."neverland"

All rights reserved. This publication is a joint initiative of the Regional Government of Abruzzo and the Italian Ministry of Health. The people working at this foundation are grateful to all those who have supported them, especially the Assessorato alla Sanità of the Abruzzo Health Service, the Assessorato alla Sanità of the ASL of L'Aquila and the ASL of Vasto. We also want to thank all personal organizations that have collaborated in the rehabilitation centers and in the projects.



"Il Cireneo Onlus" per l'autismo
Via Platone, 79 VASTO (CH) - Italia
Tel. / Fax: +39 0873 58448
mail: fondazioneilcireneo@alice.it



UN PROGETTO PER LA PRESA IN CARICO DI BAMBINI E RAGAZZI AUTISTICI

“Una concreta esperienza di 5 anni nella Regione Abruzzo”

Cerbo R, De Caris M.**, De Laurenzi V.***, Di Giovanni C*, Gabrielli M.*, Valenti M****, Sorge G.***

** Centro di Riferimento Regionale per l'autismo ASL n. 4 - L'Aquila*

***Fondazione "Il Cireneo" per l'Autismo Onlus -Vasto (CH)*

**** Dipartimento di Medicina Sperimentale e Scienze Biochimiche, Università di Tor Vergata - Roma*

***** Cattedra di Epidemiologia e Statistica Medica Università - L'Aquila*

Sommario

La presa in carico della persona con autismo deve necessariamente passare attraverso il continuo sostegno non solo dell'utente ma anche di tutti coloro, familiari ed operatori scolastici ed educativi, che si confrontano con le difficoltà, spesso complesse ed imprevedibili, che l'autismo comporta quotidianamente. Un intervento efficace nell'autismo, richiede infatti una diagnosi precoce che coinvolge pediatri e centri diagnostici specializzati, un'adeguata valutazione funzionale e un coinvolgimento di tutti i soggetti che lavorano con il bambino. Nella Regione Abruzzo si è realizzata un'adeguata formazione degli operatori sanitari e scolastici per diffondere una cultura condivisa dei metodi educativi necessari a favorire l'integrazione sociale e nel territorio sono stati attivati centri diurni co-gestiti con l'associazione dei familiari, attuando un modello d'intervento sociosanitario che prende in considerazione le necessità globali della persona con autismo e chiama i familiari e gli operatori sanitari ad un coinvolgimento attivo nel percorso di cura.

Dall'applicazione di questo modello d'intervento è stato possibile ottenere risultati positivi sia nell'ambito della diagnosi precoce che della riabilitazione. Infatti negli ultimi anni è stato possibile registrare un aumento dei casi diagnosticati con Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) e una significativa diminuzione (dai 62-68 mesi degli anni 2000-2001 agli attuali 34 mesi) dell'età d'arrivo dei nuovi casi presso il centro di riferimento. Inoltre si è ottenuto un miglioramento del grado di soddisfazione dei genitori utenti (misurato attraverso la somministrazione della scala Orbetello Satisfaction Scale of Child and Adolescent Mental Health Services (OSS-cam)) e delle capacità adattive dei bambini ragazzi, valutate attraverso la somministrazione delle Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS). Entrambi gli indici hanno dato risultati positivi e nello specifico, l'analisi delle differenze tra punteggi inizialmente ottenuti dalle VABS



anno dall'inizio dell'intervento, effettuata mediante test di Wilcoxon (segno dei ranghi), evidenzia un incremento statisticamente significativo delle capacità adattive nelle diverse classi di genere ed età.

INTRODUZIONE

I Disturbi dello Spettro Autistico (45) sono sindromi comportamentali caratterizzate da gravi compromissioni nell'area dell'interazione sociale reciproca, dell'abilità di comunicare idee e sentimenti e della capacità di stabilire relazioni con gli altri (5; 9; 60) che si configurano come manifestazione di situazioni patologiche di svariata natura e con diversa etiologia (6). Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento dei casi con un tasso di prevalenza del disturbo autistico che varia da 7 a 13 casi su 10.000 (10) fino a raggiungere i 60 casi su 10.000 se si ampliano i criteri diagnostici (23).

I disturbi dello spettro autistico costituiscono una delle forme più enigmatiche esistenti in medicina e nonostante siano passati molti decenni dalla loro prima individuazione, ancora oggi si dibatte ampiamente sia sull'eziopatogenesi del disturbo (52) che sugli interventi terapeutici, nonostante sia evidente l'utilità dei trattamenti riabilitativi ed educativi.

Il progetto di attivare un Centro per i disturbi autistici nella regione Abruzzo risale al 1997, di fronte all'esigenza di fornire ai soggetti con "psicosi infantili" (terminologia adottata dall'ICD 9 per definire i disturbi dello spettro autistico) e alle loro famiglie, una risposta adeguata e aggiornata. Le criticità presenti nel territorio riguardavano la presenza di una tipologia di risposta prevalentemente sanitaria di tipo riabilitativo, non specifica per l'autismo, affidata prevalentemente al privato convenzionato (90%) con alti costi, mancanza di specificità e qualità dell'assistenza, anche per l'assenza di servizi territoriali di neuropsichiatria infantile e di collegamento tra istituzioni sanitarie. Ma soprattutto si sentiva la mancanza di una modalità di una reale presa in carico globale dell'utente e dei suoi familiari.

Le necessità rilevanti sul piano assistenziale erano il potenziamento del sistema di cura attraverso una serie di servizi specifici per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi dello spettro autistico e



l'attivazione di procedure e percorsi per garantire lo sviluppo della massima autonomia possibile e la migliore qualità della vita delle persone con autismo e delle loro famiglie.

La presenza nella realtà dell'AUSL de L'Aquila di un Servizio Universitario di Neuropsichiatria Infantile con una tradizione culturale e scientifica nel campo, dotato di operatori formati e aperti al cambiamento, ha permesso la specializzazione di un nucleo di operatori sui Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, fino all'attivazione di un'unità operativa nel 2004 attualmente denominata Centro di Riferimento Regionale per l'Autismo (CRRA).

Le strategie utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi prefissati sono state rivolte al miglioramento dell'azione di filtro e di individuazione dei casi a rischio da parte dei medici e pediatri di libera scelta, all'attivazione di centri diurni territoriali con personale educativo e riabilitativo specificamente formato ed infine alla ricerca della partecipazione attiva dei familiari ai percorsi di cura in ambito sanitario e sociale con attivazione di protocolli per la verifica dell'appropriatezza dei trattamenti e per l'integrazione scolastica.

In questo processo è stato fondamentale e stimolante fin dal 1999 l'impulso dato dalle famiglie, riunite in associazione (Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici Onlus e Fondazione "Il Cireneo" Onlus per L'autismo), sia nella spinta alla riorganizzazione del Centro di Riferimento Regionale che nel sostegno ad iniziative formative e progettuali.

RISULTATI

La diagnosi precoce

Negli ultimi anni la ricerca nell'ambito dei disturbi dello spettro autistico ha dato grande risalto al ruolo di fattori biologici, genetici o precocemente acquisiti, che diversamente da quanto avviene nello sviluppo tipico, compromettono la predisposizione ad orientare l'attenzione verso le persone e in genere verso gli stimoli sociali traducendosi sul piano cognitivo nel mancato emergere delle rappresentazioni mentali di tipo sociale (34). A partire da questa anomalia dell'attenzione sociale, una cascata di eventi sembra alterare profondamente molti dei processi che normalmente presidono



allo sviluppo della comunicazione, dell'apprendimento cognitivo e sociale ed in genere dei processi di simbolizzazione.

Per ottimizzare il percorso diagnostico nel centro di riferimento regionale per l'autismo abbiamo adottato l'iter di valutazione descritto nel paragrafo seguente.

Il percorso di valutazione

La valutazione dei bambini e ragazzi con disturbi dello spettro autistico è particolarmente difficile per la complessità dei quadri clinici, spesso in comorbidità con altre patologie neurologiche e psichiatriche e con livello di sviluppo molto disomogeneo. Peraltro la valutazione è alla base non solo della diagnosi, ma anche dell'intervento educativo-riabilitativo in quanto, fornire informazioni sulle competenze del bambino nelle varie aree dello sviluppo è necessario per definire l'intervento terapeutico individualizzato.

Nei ASD appare evidente pertanto, la necessità di definire chiari ed adeguati percorsi di valutazione che partendo dalla rilevazione dei primi segni premonitori del disturbo, arrivi a coprire tutte le esigenze di conoscenza del singolo caso al fine di formulare e valutare le specifiche strategie di intervento.

Tale percorso di valutazione può essere organizzato in sei fasi (18) :

1) La fase del sospetto diagnostico, nella quale è essenziale privilegiare la necessità di un approccio ecologico al bambino ed alla sua famiglia, in prospettiva di una diagnosi e di una presa in carico futura. In essa trovano spazio l'anamnesi e l'osservazione del bambino guidata da specifiche griglie di valutazione (13) (vedi allegato 1), oltre a test quali l'Evaluation des Comportements Autistiques (ECA-R) (8) la Childhood Autism Rating Scales (CARS) (55), la Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) (7) la Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat) (50), l'Autism Behavior Checklist (ABC) (35) per orientare più specificamente la diagnosi verso i disturbi dello spettro autistico (nel paragrafo successivo sono descritti i risultati ottenuti con l'introduzione della CHAT).



2) La fase della conferma diagnostica, nella quale è essenziale privilegiare la necessità di una definizione nosografica e di una diagnosi il più possibile attendibile attraverso strumenti di valutazione affidabili e standardizzati quali l'Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (39) e l'Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (38) o questionari quali la Gilliam Autism Rating Scale (GARS) (25).

3) La fase della ricerca dei fattori di rischio biologici o sociali e/o di protezione per la ricerca di malattie organiche causali o in comorbilità e la ricerca di condizioni familiari sfavorevoli o di risorse nel sistema socio familiare, la cui conoscenza è utile prima di pianificare l'intervento terapeutico. In questa fase troverà spazio l'esame medico generale, l'esame neurologico, le indagini strumentali e di laboratorio più o meno raffinate a seconda delle necessità (metaboliche, genetiche, neuro immagini, neurofisiopatologiche, ect.) e la valutazione delle condizioni psicosociali attraverso l'uso della scala ERMS (37)

4) La fase della valutazione del livello di sviluppo e del profilo neuropsicologico raggiunto dal bambino e ragazzo, fondamentale per la programmazione dell'intervento riabilitativo in modo mirato in ogni settore di sviluppo. Alcune scale di valutazione dello sviluppo, quali la scala di Uzgiris-Hunt (62), la Bayles Scales of Infant Development- II (BSID-II) (4), le Griffiths Mental Development Scales (29; 30), la Leiter International Performance Scale Revised (Leiter-r) (57), il Test di Primo Linguaggio (3) e il Peabody Picture Vocabulary Test- Revised (PPVT-R, test di linguaggio recettivo) (44) sono particolarmente utili nei bambini con ASD.

5) La fase della valutazione delle competenze adattative, emotive e comportamentali per la programmazione dell'intervento educativo in ambito scolastico e familiare oltre che sanitario, nella quale risulteranno utili strumenti quali la Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) (59), il Psycho-educational Profile (PEP-R) (54) o l'Adolescent Psycho-educational Profile (AAPEP), la Valutazione ed analisi comportamentale (FAST) e la valutazione emotiva attraverso l'osservazione e il colloquio e in alcuni casi anche attraverso la somministrazione di test proiettivi.



6) La fase della verifica del risultato del trattamento, attraverso l'utilizzo di alcuni strumenti standardizzati validi nella misurazione delle variabilità del quadro clinico in termini di sviluppo di competenze e di autonomie, quali la Vineland, ma anche di soddisfazione dell'utenza, valutata con strumenti quali la Orbetello Satisfaction Scale for child and adolescent mental health services (OSS-cam) (24)

Per ogni bambino/ragazzo è quindi necessario passare da un'idea globale, a una conoscenza dettagliata in diversi ambiti (bambino, famiglia, territorio), combinando informazioni ottenute tramite osservazioni dirette del bambino con quelle ottenute dai genitori, fino a giungere ad un quadro preciso del soggetto da cui emergano i punti di forza e i punti di debolezza. La valutazione costituisce così, un ponte che conduce dall'inquadramento diagnostico al contratto terapeutico attraverso un percorso clinico che consenta una continuità tra processi diagnostici, valutativi, terapeutici e di verifica. Un primo colloquio di restituzione dopo la diagnosi clinica deve, a volte, introdurre alla necessità di prosecuzione della ricerca di fattori etiopatogenetici anche attraverso indagini strumentali. Già in questa fase, si pone la necessità di un sostegno psicologico e, a volte, di un aiuto psicosociale ai genitori per indirizzare le loro scelte relativamente alle necessità diagnostiche e terapeutiche future. Inoltre, dopo un'ulteriore e accurata valutazione testologica con strumenti standardizzati, affidabili e specifici per l'autismo, si potrà fornire ai familiari indicazioni prognostiche e terapeutiche precise per disporre l'invio al trattamento globale (secondo colloquio di restituzione).

Introduzione della CHAT nella regione Abruzzo



Nella Regione Abruzzo si è proceduto fin dal 2002 ad un'opera di sensibilizzazione dei pediatri e nel settembre 2003 è stato inaugurato l'ambulatorio specialistico per la diagnosi e la cura dei disturbi comunicativo-relazionali (0-2 anni), presso il quale sono stati accolti i casi a rischio. Gli stessi pediatri hanno ricevuto dal personale del centro una formazione/informazione sull'uso di strumenti di screening specifici per l'autismo che sono stati progressivamente inseriti nei loro bilanci. La formazione è iniziata in modo semplice e informale attraverso la stampa nel novembre 2003 del manifesto "La diagnosi precoce cambia la vita delle persone autistiche" che è stato affisso nelle sale di aspetto di tutti gli ambulatori Pediatrici della Regione Abruzzo. Nel manifesto, con immagini a colori venivano riportate le tappe fondamentali dello sviluppo comunicativo relazionale. Tutti i pediatri sono stati invitati ad un corso di aggiornamento obbligatorio regionale in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria dal titolo "Dalla diagnosi all'intervento precoce nei disturbi dello spettro autistico" al quale sono seguiti ulteriori eventi formativi a richiesta dei pediatri stessi svoltisi negli anni successivi.

Nel Gennaio-marzo 2005 "La guida all'identificazione precoce dei disturbi autistici" pubblicata dal Centro è stata distribuita ai 190 Pediatri di libera scelta della Regione Abruzzo. Nella guida pratica erano contenute le informazioni essenziali sull'autismo, le preoccupazioni maggiormente espresse dai genitori di bambini con disturbi dello spettro autistico, le domande che i pediatri devono rivolgere per approfondire l'anamnesi, le caratteristiche della CHAT con le istruzioni essenziali per poterla somministrare. Inoltre circa il 50% dei pediatri ha potuto svolgere anche una formazione pratica all'utilizzo della CHAT di Baron Cohen S. et al. (7), direttamente nel proprio ambulatorio su bambini di 18-24 mesi, assistendo alla somministrazione e successivamente sperimentandone la facilità con la supervisione degli operatori.

All'inizio del 2007 la CHAT è stata riconosciuta come strumento di screening obbligatorio nel contratto integrativo dei pediatri di base della Regione Abruzzo.



Come è possibile verificare dalla tabella 1 tutti questi interventi hanno consentito un relativo aumento dei casi di ASD diagnosticati, probabilmente per la maggiore attenzione ai segni precocemente identificabili come segnali di rischio.

Tabella 1

anno	n. bambini
2000	24
2001	14

2002	28
2003	31
2004	30
2005	36
2006	32
2007	35
totale	230

Inoltre l'età di arrivo dei nuovi casi poi diagnosticati con ASD presso il centro di riferimento è diminuita dai 62-68 mesi degli anni 2000-2001 agli attuali 34 mesi con enorme vantaggio sulle possibilità di sviluppo del linguaggio e dell'intelligenza dei bambini stessi (tabella 2).

Tabella 1 Numero di nuovi casi di ASD diagnosticati ed età media alla diagnosi.

UNIRE TABELLA 1 E 2

Anno	Età media prima diagnosi
2000	68 mesi
2001	62 mesi
2002	50 mesi
2003	42 mesi



2004	41 mesi
2005	37 mesi
2006	35 mesi
2007	34 mesi

La presa in carico globale in un modello pubblico-privato sociale

Per ridurre l'impatto della menomazione neurobiologica primaria è necessario che accanto agli interventi di diagnosi precoce si forniscano al bambino le opportunità di apprendimento e di socializzazione adeguate all'età, al livello intellettivo e di sviluppo raggiunto, alle capacità comunicative, all'ambiente familiare, scolastico e sociale. Ogni intervento programmato al di fuori di questa visione rischia infatti di essere aleatorio, inefficace, oltre che potenzialmente dannoso.

La ricerca ha documentato, in modo inequivocabile, l'efficacia di un range di approcci (educativi, riabilitativi, cognitivo-comportamentali, ecc.) che differiscono sul piano teorico e pratico senza che si possa stabilire la superiorità di un approccio rispetto all'altro (26; 31; 53; 48; 41; 42). Tutte le strategie riconoscono infatti, la necessità che il trattamento debba essere individualizzato per cui l'intervento, preceduto da una valutazione accurata del bambino che individui il livello di sviluppo e le competenze emergenti nelle varie aree, frequentemente disomogenee, deve seguire la gerarchia dei processi cognitivi. Il trattamento deve essere inoltre globale, intensivo e precoce a partire dalle difficoltà peculiari e qualitative dell'interazione sociale, della comunicazione e del gioco simbolico. La precocità dell'intervento è funzionale a scongiurare il progressivo isolamento e ripiegamento autistico con deterioramento delle funzioni cognitive e del comportamento in generale. L'approccio utilizzato è multidisciplinare, onnicomprensivo e "basato sull'evidenza"(53; 27; 21; 61; 46; 47; 48; 32; 49).



La nostra esperienza nasce nel 2001 a Vasto, dal dramma personale di genitori di bambini con autismo, ed ha preso vita, con un numero minimo di bambini e ragazzi, con un progetto di integrazione sociale sviluppato attraverso una colonia estiva organizzata dall'ANGSA Abruzzo.

Alla fine del 2002 su iniziativa della Fondazione Il Cireneo Onlus, in stretta collaborazione con il Centro Regionale di Riferimento per l'autismo e' iniziato il progetto sperimentale denominato "Cura e riabilitazione dei bambini e ragazzi affetti da autismo". Si tratta di un "modello" socio-assistenziale pubblico-privato sociale con caratteristiche di "sussidiarietà orizzontale". Tale metodologia prevede una multidisciplinarietà di figure coinvolte, una collaborazione stretta con i familiari ed una loro presa in carico, un protocollo di intervento individualizzato con metodiche scientificamente riconosciute, una verifica periodica ed una flessibilità del programma di intervento, una formazione continua, una supervisione esterna, una "alleanza educativa" con gli insegnanti scolastici ed un progetto per la vita adulta.

Il progetto di integrazione tra scuola, famiglia e centro di riabilitazione (alleanza educativa) ha previsto specifiche convenzioni tra centri territoriali ed istituzioni scolastiche ed un attività formativa che ha avuto il culmine nell' adozione da parte degli Uffici Scolastici Provinciali delle "Linee guida per insegnanti ed educatori" pubblicate nel 2007 dal Centro di riferimento Regionale.

L'intervento integrato sociosanitario educativo-riabilitativo, ha previsto la presa in carico per 3 ore giornaliere (dalle 15 alle 18) per 5 giorni a settimana per i bambini e ragazzi scolarizzati e per 6 ore giornaliere (dalle 9 alle 15) per sei giorni a settimana per i ragazzi e giovani adulti non scolarizzati) con moduli di massimo 20 utenti ripartiti per fascia di età (bambini, ragazzi, giovani adulti).

Nel 2007 i bambini e ragazzi presi in carico dai 2 ai 30 anni sono stati 72, grazie alla professionalità e operosità di 52 professionisti di varia qualifica, in quattro diversi centri dislocati nella regione.

Nel 2008 è stato approvato in via definitiva il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 il quale prevede nel capitolo "La salute mentale. Potenziamento delle attività per l'autismo infantile" che "al fine di dare risposte alle gravi problematiche dei bambini affetti da autismo,



L'attuale Centro Regionale per le Psicosi Infantili, ridenominato Centro Regionale di Riferimento per l'Autismo (CRRRA), diventa il polo regionale di riferimento come unità operativa complessa della Azienda USL di L'Aquila che opera in regime ambulatoriale e di ricovero alternativo all'ordinario (day hospital, day-service). Tale polo sarà riferimento per la rete degli interventi degli otto Centri Diurni di trattamento educativo-riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico. Tali Centri sono gestiti in collaborazione e convenzione fra le Aziende USL territorialmente competenti e Fondazioni del privato-sociale della Regione Abruzzo caratterizzate da acquisita esperienza nel trattamento educativo-riabilitativo di soggetti affetti da autismo e costituite prioritariamente da loro familiari." In tal modo il modello di collaborazione costruttiva e competente tra le diverse forze che interagiscono con il soggetto disabile, sperimentato nei progetti obiettivi negli anni passati, viene acquisito come modello operativo-metodologico per rispondere ai bisogni complessi delle persone con autismo nella Regione Abruzzo.

In questo articolo presentiamo i risultati ottenuti dalla attività riabilitativa svolta nei centri di Vasto e L'Aquila dal 2006 al 2007. La casistica esaminata si compone di 51 pazienti (12 F, 39 M) affetti da disturbo generalizzato dello sviluppo, d'età compresa tra i 3 e i 21 anni (3-7 anni n=12, 8-15 n=26, 16-21 n=13).

La misura del funzionamento adattivo dei pazienti è stato valutato mediante le VABS, strumento standard nella disabilità in generale e nell'autismo. Per ciascun paziente sono stati considerati i 4 assi valutativi fondamentali delle VABS: comunicazione, abilità della vita quotidiana, socializzazione, capacità motorie. Le VABS forniscono punteggi con correlazione positiva diretta tra punteggio e funzionamento nell'asse esaminato. In popolazioni di soggetti autistici i punteggi VABS possono oscillare in un intervallo compreso tra 4 deviazioni standard sotto la media e 2 deviazioni standard sopra la media: l'importanza della variabilità del comportamento adattivo nell'autismo è sottolineata dalla sua importanza per la prognosi. Le VABS sono pertanto considerate uno strumento assai sensibile per testare gli effetti del trattamento su diversi esiti del disturbo dello spettro autistico. La valutazione mediante VABS è stata fatta per ciascun paziente



all'inizio dell'inserimento nel protocollo riabilitativo e a distanza di un anno dal regolare svolgimento dell'intervento presso la struttura riabilitativa.

Un altro aspetto valutato in questo studio, è la soddisfazione espressa dall'utenza (genitori dei pazienti) sul servizio erogato, aspetto ormai ineludibile d'ogni accurata valutazione complessiva d'efficacia e qualità di un intervento riabilitativo (12). In considerazione della specificità del setting, è stato utilizzato il questionario genitori della scala Orbetello Satisfaction Scale for child and adolescent mental health services (OSS-cam), che considera 7 assi valutativi (accesso al servizio, ambienti del servizio, stile di lavoro degli operatori, organizzazione del servizio, coinvolgimento della famiglia, risultato dell'intervento, conclusioni generali). Il questionario è stato somministrato ad un anno dall'inserimento del paziente nel servizio.

Le differenze tra punteggi VABS all'inizio e ad un anno dall'inizio dell'intervento, considerate sia sull'intera casistica sia per genere e classe d'età, sono state valutate mediante test di Wilcoxon (segno dei ranghi).

I punteggi OSS-cam sono stati trattati con statistiche uni variate.

La tabella 2 illustra l'analisi dei punteggi VABS. Come si può notare, l'incremento dei punteggi VABS è statisticamente significativo sulla maggior parte degli assi nelle diverse classi di genere ed età, con qualche eccezione spiegabile in termini di numerosità campionaria o d'eccessiva variabilità delle caratteristiche baseline dei pazienti. Da segnalare che, nella classe d'età più avanzata si riscontrano incrementi di punteggio sul solo asse della socializzazione, a ribadire l'importanza di una presa in carico quanto più precoce possibile.

Complessivamente, i nostri dati forniscono indicazioni confortanti, sebbene non conclusive data la natura non controllata del disegno dello studio, circa l'effettiva capacità del modello di intervento educativo-abilitativo di produrre modificazioni positive delle capacità adattive dei pazienti autistici inseriti nel protocollo.

La tabella 3 dimostra come il livello di soddisfazione dell'utenza verso il servizio sia apprezzabile, anche in considerazione dell'avvio recente delle attività.



Tabella 2 – Punteggi medi VABS baseline e ad un anno di trattamento (d.s. in parentesi).

	Asse comunicazione	Asse abilità vita quotidiana	Asse socializzazione	Asse abilità motorie
Intera casistica				
<i>baseline</i>	85.7 (16.9)	90.7 (10.8)	85.3 (12.2)	98.9 (12.4)
<i>1 anno</i>	87.9 (17.9)	93.7 (11.8)	89.4 (12.0)	101.3 (12.5)
<i>p</i>	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001
Genere F				
<i>baseline</i>	79.7 (9.7)	87.5 (7.5)	80.9 (7.0)	93.0 (10.5)
<i>1 anno</i>	81.6 (11.3)	90.9 (6.2)	87.0 (5.4)	96.4 (11.0)
<i>p</i>	0.388	0.043	0.0073	0.192
Genere M				
<i>baseline</i>	87.5 (18.3)	91.7 (11.6)	86.6 (13.2)	100.7 (12.7)
<i>1 anno</i>	90.0 (19.3)	94.8 (13.1)	90.1 (13.5)	102.9 (12.6)
<i>p</i>	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.024
Età 3-7 anni				
<i>baseline</i>	93.4 (18.1)	94.9 (6.9)	91.4 (10.4)	106.3 (8.0)
<i>1 anno</i>	96.3 (19.0)	99.7 (9.6)	94.0 (11.6)	107.6 (9.3)
<i>p</i>	0.0176	0.0010	0.0078	0.211
Età 8-15 anni				
<i>baseline</i>	81.8 (16.0)	88.1 (11.8)	83.7 (13.0)	95.2 (11.6)
<i>1 anno</i>	85.8 (17.7)	91.2 (12.2)	88.0 (13.1)	98.8 (12.2)
<i>p</i>	0.0002	0.0029	0.0005	0.0065
Età 16-21anni				
<i>baseline</i>	85.6 (16.2)	92.0 (11.1)	82.8 (11.2)	99.3 (14.6)



<i>l'anno</i>	83.7 (15.4)	93.1 (11.6)	87.1 (9.3)	100.0 (14.7)
<i>p</i>	0.468	0.078	0.0020	0.425

valore *p* riferito al test di Wilcoxon (signed rank).

Tabella 3 – Valori mediani (con intervallo interquartile e range) dei 7 assi della scala OSS-cam (viene considerato l'item riepilogativo di ciascun asse, in scala di punteggio esprimibile da 1 a 10).

	Punteggio mediano	Intervallo IQ	Range
Accesso al servizio	8.0	7.0-8.0	5.0-10.0
Ambienti del servizio	6.0	6.0-6.0	3.0-6.0
Stile di lavoro degli operatori	9.0	8.0-10.0	6.0-10.0
Organizzazione del servizio	8.0	7.0-9.0	4.0-10.0
Coinvolgimento familiare	8.0	7.0-9.0	2.0-10.0
Risultato dell'intervento	8.0	8.0-10.0	6.0-10.0
Conclusioni generali			
esperienza personale	8.0	8.0-10.0	6.0-10.0
"consiglierei ad altri"	10.0	9.0-10.0	6.0-10.0
soddisfazione aspettative	9.0	8.0-10.0	6.0-10.0

CONCLUSIONI

Per rispondere ai bisogni complessi delle persone con autismo, il Centro Regionale di riferimento per l'autismo della Regione Abruzzo insieme alle Associazioni per la difesa dei diritti di cura ed assistenza alle persone autistiche (ANGSA Abruzzo Onlus, Fondazione Il Cireneo per l'autismo Onlus) hanno formulato un modello metodologico-operativo, del tipo sistema curante, definito: "Sussidiarietà orizzontale". In altre parole si tratta di un nuovo approccio al problema handicap



grave, e all'autismo in particolare, che prevede una collaborazione costruttiva e competente tra le diverse forze che interagiscono attorno al soggetto disabile: il sistema sanitario (centro di riferimento, pediatria di base, servizi di neuropsichiatria infantile), il sistema scolastico e la famiglia. L'intervento è stato indirizzato in modo da ottenere una diagnosi precoce che coinvolge pediatri e centri diagnostici specializzati, un'adeguata valutazione funzionale, un coinvolgimento di tutti i soggetti che lavorano con il bambino. L'attivazione di un ambulatorio specialistico per la diagnosi e la cura dei disturbi comunicativo-relazionali (0-2 anni) e l'inserimento nei bilanci di salute della CHAT come strumento di screening obbligatorio, ha consentito il dimezzamento in 5 anni dell'età di prima diagnosi dei disturbi dello spettro autistico nella regione. L'elaborazione di un protocollo di valutazione ha consentito di rispondere alle richieste differenti per età, livello funzionale e necessità d'assistenza dei bambini presi in carico. L'apertura di centri diurni per il trattamento educativo-riabilitativo condotto da una équipe multidisciplinari con gestione mista pubblico-privato sociale con la partecipazione attiva dei genitori nella gestione del progetto sperimentale, ha consentito di ottenere risultati sia nel grado d'autonomia dei bambini e ragazzi, e sia nel grado di soddisfazione dei genitori utenti.

Bibliografia:

- 1) Alexander D. Wetherby A. Prizant B.; The emergence of repair strategies in infants and toddlers; *Semin Speech Lang*; 1997;18(3); 197-212.
- 2) American Psychiatric Association; DSM-IV TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, Text Revision; American Psychiatry Association Washington D.C., 2000
- 3) Axia G. Ramponi R. Fumagalli M.; Il Test del Primo Linguaggio: Studio di validazione. *Bollettino di Psicologia Applicata*; 1994; 212; 1-9.



- 4) Bailey, E. J. Bricker D.; A psychometric study of a criterion-referenced assessment instrument designed for infants and young children; *Journal for the Division of Early Childhood*; 1986; 10; 124-134.
- 5) Baird G. Cass H. Slonims V.; Diagnosis of autism; *BMJ*; 2003 Aug 30; 327(7413); 488-93.
- 6) Baird G. Santosh PJ.; Interface between neurology and psychiatry in childhood; *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003 Mar;74 Suppl 1:7-22.
- 7) Baron-Cohen S. Allen J. Gillberg C.; Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT; *Br J Psychiatry*; 1992 Dec;161; 839-43.
- 8) Barthélémy C. Roux S. Adrien JL Hameury L. Guérin P. Garreau B. et. al Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale; *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 1997 Apr;27(2); 139-53
- 9) Berney TP.; Autism, an evolving concept; *Br J Psychiatry*; 2000 Jan;176; 20-5.
- 10) Bryson SE.; Epidemiology of autism: overview and issues outstanding. In Cohen D.J. Volkmar F.R. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, New York; Wiley; 1997; 847-867.
- 11) Camaioni L., Perucchini P.; *Osservare e valutare il comportamento infantile*; Il Mulino; Milano; 2004
- 12) Cassano G.B. Pancheri P.; *Trattato italiano di psichiatria*; Masson; Milano; 1999
- 13) Cerbo R.; Protocollo per la valutazione dei disturbi comunicativo-relazionali precoci in *Atti del Congresso Nazionale SINPIA*; 2003
- 14) Cerbo R.; Presentazione progetto obiettivo 2006 della Regione Abruzzo; *Il Bollettino dell'ANGSA*; Anno XIX 2-6 2006
- 15) Cerbo R.; *Bambini e ragazzi con disturbi dello spettro autistico. Linee guida per insegnanti ed educatori*; Edizioni Media; Teramo; 2007
- 16) Cerbo R. De Caris M. De Laurentis V. Valenti M. Volpe N. Sorge G.; A project for Taking in change with autism and their families, for life. A concrete, five year long, experience in



- Regione Abruzzo with children, adolescents and adult; 8° Congresso Internazionale di Autism Europe; Oslo Settembre 2007
- 17) Cerbo R. Foresta M. Settembrini M. Sechi E.; Esperienza di prevenzione secondaria dei disturbi dello spettro autistico nella Regione Abruzzo; Atti XXII Congresso Nazionale SINPIA; Padova; Novembre 2006
- 18) Cerbo R. Longo B. Rossi B.; Percorsi e strumenti di valutazione nei disturbi generalizzati dello sviluppo in Atti del XII Convegno Nazionale SITCC; Verona; 2004
- 19) Cohen D.J. Volkmar F.; Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Wiley; New York; 1997
- 20) Colombi C. Vivanti G. Rogers S.; L'intervento educativo nei primi tre anni di vita: un'introduzione all'Early Start Denver Model. In Autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo. 2, 167-178, ed. Erickson, Trento, 2007
- 21) DeGangi G.; Pediatric Disorders of regulation in affect and behavior: a therapist's guide to assessment and treatment; Academic Press; North Carolina; 2000
- 22) DiLivore P.C. Lord C. Rutter M.; The pre-linguistic autism diagnostic observation schedule; Journal of Autism and Developmental Disorders; 1995 Aug;25(4); 355-79.
- 23) Fombonne E. Zakarian R. Bennett A Meng L. McLean-Heywood D.; Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations; Pediatrics; 2006 Jul;118(1):e139-50
- 24) Gigantesco A. Camuffo M. Mirabella F. Morosini P.; Parental evaluation of child and adolescent mental health services: a multicentric study; Annale dell'Istituto Superiore Sanità; 2005 ;41 (4):501-13
- 25) Gilliam J. E.; Gilliam Autism Rating Scale; Pro-Ed, Austin; 1995
- 26) Greenspan S.I.; Autism; N Engl J Med; 1997; Nov 20;337(21):1556; author reply 1556-7
- 27) Greenspan S.I. Wieder S; The child with special needs; Perseus Book; Reading; Massachussets; 1998



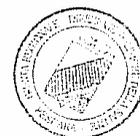
- 28) Greenspan S.I. Wieder S.; The interdisciplinary council on developmental and learning disorders diagnostic manual for infants and young children - an overview; J Can Acad Child Adolesc Psychiatry; 2008 May;17(2):76-89.
- 29) Griffiths R.; The Abilities of Young Children. A Comprehensive System of Mental Measurement for the First Eight Years of Life; North Dean: The Test Agency Ltd; 1970
- 30) Griffiths R. Huntley M.; The Griffiths Mental Development Scales: From Birth to 2 Years. Henley-on-Thames; The Test Agency Ltd.; 1996
- 31) Gutstein S.E.; Autism Aspergers: solving the relationship puzzle; Future Horizon Incorporated; Arlington; 2000
- 32) Hodgon L.A.; Visual strategies for improving communication; QuirkRoberts Publishing; Troy; 1995
- 33) King G.A., King S.A., Rosebaum P.L.; How mothers and fathers view professional caregiving for children with disabilities, Dev Med Child Neurol; 1996; May 38 (5); 397-400
- 34) Klin A.; Lo sguardo e il pensiero dell'autismo sugli altri. Relazione tenuta al convegno "Un patto per l'autismo fra istituzioni, comunità scientifiche e famiglie" Roma, 23-24 maggio, 2002.
- 35) Krug D.A. Arick J Almond P.; Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behaviour; J Child Psychol Psychiatry; 1980 Jul;21(3):221-9.
- 36) ICD-10; Classification of mental and behavioural disorders. World Health Organisation, Genova , 1992
- 37) Lelord G. Sauvage D.; L'autisme de l'enfant; Masson; Paris; 1990
- 38) Lord C. Rutter M. DiLivore P.; Autism Diagnostic Observation Schedule-generic; Chicago University press; Chicago; 1996
- 39) Lord C. Rutter M. Le Couteur A.; Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive



- developmental disorders; *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 1994; Oct;24(5);659-85
- 40) Lord C. Wagner A. Rogers S. Szatmari P. Aman M. Charman T.; Challenges in evaluating psychosocial interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2005; 35(6) 695 – 708, discussion 709-11.
- 41) Lovaas O.I.; *Teaching developmentally disabled children*; The ME Book; Pro-Ed; 1981
- 42) Maurice C. Green G. Luce S.C.; *Behavioral intervention for young children with autism: a manual for parents and professionals*; Pro-Ed; Austin; 1996
- 43) Meltzoff A.N.; Imitation and other minds: the “like me” hypothesis. In Hurley S. Chater N.; *Perspectives on imitation: from cognitive neuroscience to social science*; Cambridge; MIT Press; 2004; pp. 55-77
- 44) Miller L. T. Lee C. J.; Construct validation of the Peabody Picture Vocabulary Test revised: A structural equation model of the acquisition order of words; *Psychological Assessment*; 1993; 5(4); 438-441.
- 45) National Institute of Mental Health; *Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders)*; National Institute of Mental Health Booklet; April 2004. In <http://www.autism-watch.org/general/nimh.shtml>
- 46) Prizant BM.; *Speech-language pathologists and autistic children: what is our role?*; ASHA; 1982 Jul; 24(7); 463-8.
- 47) Prizant BM.; *Language acquisition and communicative behavior in autism: toward an understanding of the "whole" of it*; *J Speech Hear Disord*; 1983; Aug; 48(3); 296-307.
- 48) Prizant BM Wetherby AM.; *Understanding the continuum of discrete-trial traditional behavioral to social-pragmatic developmental approaches in communication enhancement for young children with autism/PDD*; *Semin Speech Lang*; 1998; 19(4):329-52
- 49) Quill KA.; *Environmental supports to enhance social-communication*; *Semin Speech Lang*; 1998; 19(4); 407-22.



- 50) Robins D. L. Fein D. Barton M. L. Green J. A.; The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders; *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 2001; vol 31 (2); 131-148
- 51) Rochat P. Striano T. Morgan R.; Who is doing what to whom? Young infants' developing sense of social causality in animated displays; *Perception*; 2004; 33(3):355-69.
- 52) Rodier PM.; The early origins of autism. *Sci Am.*; 2000; Feb;282(2); 56-63.
- 53) Rogers S. Lewis H.C.; An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders; *J. Am Acad. Child Adolesc Psychiatry*; 1989; 28; 207-214
- 54) Schopler E. Reichler R.J. Bashford A. Lansing M.D. Marcus L.M.; Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children: vol. 1 – Psycho Educational Profile- Revised (PEP-R); PRO-Ed; Austin; 1990
- 55) Schopler E. Reichler R.J. Renner B.R.; The Childhood Autism Rating Scale (CARS); Western Psychological services; Los Angeles; 1988
- 56) Schultz R.T.; Developmental deficits in social perception in autism: the role of the amygdala and fusiform face area; *Int J Dev Neurosci.*; 2005; Apr-May;23(2-3):125-41.
- 57) Shah A. Holmes N.; Brief report: The use of the Leiter International Performance Scale with autistic children; *Journal of Autism and Developmental Disorders*; June 15 (2); 1985
- 58) Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), Linee guida per l'autismo. Diagnosi ed interventi; Erickson, Trento, 2005
- 59) Sparrow S. Balla D. Cicchetti D.; Vineland Adaptive Behavior Scales; American Guidance Service; Circle Pines; 1984
- 60) Szatmari P.; The causes of autism spectrum disorders; *BMJ*; 2003; Jan 25, 326: 173-4
- 61) Tronick EZ.; Emotions and emotional communication in infants; *Am Psychol.*; 1989; Feb;44(2):112-9.



- 62) Uzgiris I. C. Hunt J.M.; Infant Performance and Experience: New Findings with the Ordinal Scales; Urbana and Chicago; University of Illinois Press; 1987
- 63) Waterhouse L. Fein D.; Neurobiology of human social behaviour. In Cohen D.J. Volkmar F.; Handbook of autism and pervasive developmental disorders; New York; Wiley; 1997

Allegato 1

SCHEMA DI OSSERVAZIONE BAMBINO (6 – 36 mesi)

(Cerbo R. e coll., 2003)

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / _____

In presenza di a) genitori, b) madre, c) padre, d) solo esaminatore

Motricità/ prassie

0. Marcata difficoltà motoria con insicurezza gravitazionale e/o ipo o ipertonìa
1. Deficit di pianificazione motoria in tutti gli ambiti della motricità
2. Marcata difficoltà nella motricità fine e bucco-linguale
3. Discreta difficoltà nella motricità fine e/o bucco-linguale
4. Minimi disturbi nella coordinazione motoria
5. Assenza di disturbi nella motricità



Regolazione/sensorialità

0. Marcata iporeattività sensoriale/passività/torpore
1. Marcata ipereattività sensoriale/ipereccitabilità/agitazione
2. Iporeattività/disattenzione modificabile da stimolazione sensoriale adeguata
3. Ipereattività agli stimoli con iperattività e/o disattenzione e/o stereotipie
4. Discreta reattività agli stimoli sensoriali con difficoltà nell'attenzione selettiva
5. Reattività agli stimoli sensoriali ed attenzione selettiva adeguate all'età

Adattamento / bisogno di immutabilità

0. Assenza di reattività di fronte ai cambiamenti o richieste che comportano frustrazione
1. Reazioni drammatiche di fronte ai cambiamenti o frustrazioni
2. Scarsa tolleranza ai cambiamenti/frustrazioni, che migliora se i cambiamenti non comportano un carico sensoriale eccessivo.
3. Minima e sporadica accettazione dei cambiamenti/frustrazioni
4. Adattamento per tempi più lunghi dopo cambiamenti/frustrazioni preparati con tempo.
5. Reazione di adattamento adeguata all'età.

Relazione/ consapevolezza presenza dell'altro

0. Indifferenza completa alla presenza delle persone presenti
1. Evitamento attivo dello sguardo e del contatto corporeo
2. A tratti sembra percepire la presenza del genitore/esaminatore
3. Si rivolge al genitore/osservatore prevalentemente per i suoi bisogni primari o in modo strumentale
4. E' consapevole della presenza dell'altro ma ricerca la relazione in modo discontinuo.
5. Appare consapevole della presenza del genitore/esaminatore e si rivolge a lui in modo adeguato

Interazione/ attenzione congiunta

0. Distaccato, privo di scopo.
1. Coinvolgibile soltanto tramite stimolazioni sensoriali
2. Coinvolgimento emotivo temporaneo e fluttuante con attenzione su oggetti e persone
3. Coinvolgimento emotivo discontinuo, dominato dal bisogno di controllo
4. Coinvolgibile emotivamente nel gioco ma con scarsa interattività e scarse iniziative (dare, respingere , mostrare)
5. Interazioni adeguate all'età del bambino con piacere dell'interazione

Attaccamento/ reazione alla separazione

0. Nessuna reazione alla presenza o assenza dei genitori.
1. Minima reazione alla separazione ma indifferenza nei confronti del genitore al suo ritorno
2. Manifestazioni di angoscia se lasciato solo ed al ritorno del genitore comportamento prolungato di evitamento attivo del genitore
3. Al ritorno del genitore rabbia e rifiuto alternati a ricerca di contatto in modo disorganizzato
4. Adeguata reazione alla separazione ma marcate difficoltà a farsi consolare dal genitore e riprendere attività di gioco
5. Reazione di attaccamento adeguata all'età

Affettività/ reazioni emotive

0. Assenza di manifestazioni affettive percepibili
1. Manifestazioni affettive immotivate e fuori contesto
2. Manifestazioni affettive nell'interazione fugaci e poco modulate
3. Isole di soddisfazione nell'interazione senza piacere interpersonale.
4. Sporadiche isole di autentico piacere interpersonale. Affettività abbastanza modulata
5. Affettività presente ed adeguata all'interazione interpersonale

Comunicazione/ comprensione verbale

0. Assenza di gesti a significato comunicativo e di risposte alle richieste
1. Minime risposte comportamentali alle richieste semplici con assenza di gesti intenzionali a chiaro significato comunicativo
2. Presenza di risposte comportamentali a richieste semplici ed accenno di gesti a significato comunicativo
3. Esegue ordini verbali semplici in modo intermittente con presenza di gesti intenzionali a chiaro significato comunicativo
4. Esegue ordini verbali complessi ed iniziale uso di suoni o parole a significato.
5. Comunicazione adeguata all'età



Simbolizzazione/ uso degli oggetti

0. Mancanza di comportamenti di esplorazione
1. Sporadici comportamenti denotanti curiosità
2. Iniziale uso funzionale degli oggetti
3. Uso funzionale degli oggetti e presenza di qualche attività tipo causa-effetto
4. Uso funzionale degli oggetti ed iniziale imitazioni di azioni motorie semplici o gesti a significato
5. Adeguate rappresentazioni simboliche

Gioco simbolico e sociale

0. Inattenzione per gli oggetti
1. Scarse attività ritmiche con gli oggetti o di imitazione.
2. Sequenze interattive all'interno di attività ripetitive con gli oggetti.
3. Gioco costruttivo e causa-effetto con gli oggetti
4. Iniziale gioco simbolico facilmente interrotto da stimoli disturbanti.
5. Gioco con uso condiviso dell'oggetto/gioco del nascondersi/ gioco di finzione.

Punteggio totale (0 – 50)

Firma Esaminatore

Data dell'esame: ____/____/____

Motricità	0	1	2	3	4	5
Regolazione	0	1	2	3	4	5
Adattamento	0	1	2	3	4	5
Relazione	0	1	2	3	4	5
Interazione	0	1	2	3	4	5
Attaccamento	0	1	2	3	4	5
Affettività	0	1	2	3	4	5
Comunicazione	0	1	2	3	4	5
Simbolizzazione	0	1	2	3	4	5



Gioco	0	1	2	3	4	5
-------	---	---	---	---	---	---

Punteggio totale (0 – 50)

Firma Esaminatore

Data dell'esame: ____/____/____





Ministero della Salute

TAVOLO NAZIONALE DI LAVORO SULL'AUTISMO RELAZIONE FINALE

Il Tavolo di lavoro sulle problematiche dell'autismo, istituito su indicazione del Ministro della Salute, composto da rappresentanti delle Associazioni maggiormente rappresentative nel territorio nazionale, da esperti, Tecnici delle Regioni, dell'Istituto Superiore di Sanità, delle società scientifiche e delle associazioni professionali della riabilitazione, ha condotto i propri lavori dal maggio 2007 al gennaio 2008, con incontri che si sono succeduti sia come riunioni plenarie che per gruppi di studio.

I temi trattati hanno riguardato la diffusione dell'autismo e delle cause, i problemi relativi alla presa in carico, all'assetto dei servizi, all'efficacia dei trattamenti, alla formazione degli operatori, alle necessità di ricerca scientifica.

La presente relazione rende conto dello sviluppo della discussione sui temi citati, riportando i contenuti unanimemente condivisi, i contenuti su cui non vi è stata convergenza, e delineando un insieme di proposte operative e di raccomandazioni finalizzate a migliorare la programmazione degli interventi sanitari e sociali in favore delle persone con autismo e delle loro famiglie.

TEMI SU CUI SI E' MANIFESTATA PIENA CONVERGENZA

Nel corso delle attività del Tavolo si sono potuti identificare alcuni temi su cui si è manifestato un accordo espresso da tutti i diversi componenti del Gruppo di lavoro:

- I programmi per la cura e tutela delle persone con disturbi di tipo autistico richiedono un cambiamento di paradigma nell'approccio alla disabilità imperniato sulla persona, i suoi diritti, le sue necessità e le sue potenzialità. Questo approccio comporta una politica generale dei servizi rispettosa della globalità della persona con autismo, dei suoi progetti di vita e di quelli della sua famiglia; questa politica complessiva deve svilupparsi su tutto l'arco della vita delle persone con autismo. Inoltre la tutela della salute, l'accesso ai processi di abilitazione e di inclusione sociale devono essere garantiti ad ogni soggetto indipendentemente dalla natura e gravità della sua disabilità, o dalla sua età.
- L'autismo va inquadrato come un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo (secondo gli ormai accreditati sistemi di classificazione internazionali, ICD 10 e DSM IV) e non più come "Psicosi", essendo ormai superata l'interpretazione psicorelazionale dell'eziologia della patologia autistica. Secondo le indicazioni ormai consolidate della letteratura internazionale, è appropriato considerare l'autismo come una patologia precoce del sistema nervoso centrale che determina una disabilità complessa che colpisce pervasivamente la comunicazione, la socializzazione e il comportamento.



- Va perseguita una azione che permetta la diffusione di processi diagnostici precoci, di una presa in carico globale che si sviluppi per tutto l'arco della vita. I trattamenti cognitivo comportamentali e psicoeducativi costituiscono attualmente il nucleo centrale e essenziale degli approcci abilitativi e terapeutici che vanno attivati il più precocemente possibile.
- Vi è l'esigenza di una rete di servizi sanitari specialistici, di diagnosi e trattamento, accessibili e omogeneamente diffusi in tutti i territori regionali, per garantire il superamento della disomogeneità e della difformità di opportunità di cura e presa in carico attualmente segnalato da Famiglie, Istituzioni e Servizi.
- La rete dei servizi sanitari, sia territoriali che ospedalieri, sia specialistici che di base, deve garantire un approccio multiprofessionale e interdisciplinare per poter affrontare con competenza e coesione la complessità e l'eterogeneità delle sindromi autistiche.
- E' essenziale il raccordo e coordinamento tra i vari settori sanitari coinvolti così come l'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli scolastici, educativi e sociali, tra servizi pubblici e servizi del privato e del privato sociale, le famiglie e le loro Associazioni.
- Occorre diffondere la consapevolezza che l'autismo è un problema che riguarda l'intero ciclo della vita. Più di una ricerca condotta in vari territori regionali segnala il crollo numerico delle diagnosi di autismo dopo i 18 anni. La situazione delle persone adulte affette da autismo è fortemente condizionata dalla carenza grave di servizi, di progettualità e programmazione per il futuro che produce troppo spesso un carico esorbitante per le famiglie con il rischio di perdita di autonomie e abilità faticosamente raggiunte, di abusi di interventi farmacologici per sopperire alla mancanza di idonei interventi psicoeducativi o di adeguata organizzazione dei contesti e degli spazi vitali, di istituzionalizzazioni fortemente segreganti in quanto puramente custodialistiche e restrittive. Vi è quindi l'esigenza di una presa in carico che si muova per tutto l'arco della vita delle persone con autismo, dall'infanzia all'età adulta e anziana.
- E' necessario assicurare non solo la quantità, ma anche una qualità dei servizi orientata non tanto o non solo a requisiti intrinseci al servizio, quanto ai risultati ottenuti a livello individuale e generale in termini di continuo miglioramento della qualità di vita della persona.
- Va garantito il diritto degli interessati a conoscere, quando possibile, la diagnosi etiologica promuovendone la ricerca sia attraverso Istituzioni pubbliche che Fondazioni, Enti privati e del Privato sociali.

QUESTIONI CONTROVERSE

Nel corso degli approfondimenti condotti, si sono manifestate divergenze, in particolare sull'interpretazione del fenomeno dell'aumento del numero delle diagnosi di autismo registrato in questi ultimi anni in vari Paesi e sulla teorizzazione di una causa "ambientale", tossico-infettivo-alimentare delle sindromi autistiche.

L'ipotesi di una vera e propria forma di "epidemia" di autismo viene contraddetta dalle considerazioni, riportate sia dalla letteratura internazionale che nazionale, che riconducono il pur evidente incremento del numero delle diagnosi di autismo non ad un loro aumento in assoluto ma "relativo" in rapporto a loro maggiore riconoscimento. Questo andamento è relativo:



- alla modificazione dei criteri diagnostici e al forte ampliamento dei criteri di inclusione: attualmente vengono inclusi nella diagnosi di autismo, ad esempio, anche i soggetti con manifestazioni di ritardo mentale che nella primitiva definizione erano esclusi. Di fatto esiste ancora una certa confusione in merito all'autismo, sia a causa della rapida evoluzione dei riferimenti concettuali, sia per le difficoltà (o le resistenze) dei servizi, o dei gruppi operativi legati ad esperienze di tipo privatistico, ad adeguarsi all'utilizzo di criteri diagnostici unanimemente condivisi. La non applicazione di sistemi diagnostici uniformi rende il confronto tra i dati sulla prevalenza dell'autismo di fatto assai precario. L'utilizzo sistematico e continuativo dei sistemi diagnostici riconosciuti a livello internazionale (la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ICD 10 o quella dell'Associazione Psichiatrica Americana DSM IV) è premessa essenziale per una corretta valutazione della reale entità del fenomeno. Ulteriori conferme al fatto che i dati di prevalenza ottenuti sono condizionati dai sistemi diagnostici utilizzati si hanno da studi che, sebbene condotti alcuni decenni fa, indicavano tassi di prevalenza delle patologie autistiche, studiate già allora con criteri di inclusione molto simili a quelli attuali, che risultano sovrapponibili a quelli delle più recenti stime.

Questa interpretazione sull'aumento del numero delle diagnosi è inoltre sostenuta dalle seguenti considerazioni:

- studi internazionali compiuti da servizi sanitari sulle diagnosi dei propri pazienti in carico, effettuate secondo sistemi classificatori omogenei, hanno confermato un sensibile aumento delle diagnosi riferite allo spettro autistico, ma che nel contempo hanno messo in evidenza una diminuzione di quelle riferite al ritardo mentale e ai disturbi dell'apprendimento. Questo fenomeno si è evidenziato anche in alcune esperienze regionali italiane.
- l'andamento del numero delle "certificazioni", per la frequenza scolastica dei minori in situazioni di disabilità previste dalla legge 104, non ha manifestato nel corso di questi anni un aumento così rilevante come si dovrebbe supporre se ci si trovasse di fronte ad uno stato di "epidemia". Il dato sulle "certificazioni", sia pure nella sua connotazione di riferimento generale, rappresenta un elemento di sicura significatività poiché sembra molto difficile che per bambini con patologie dello spettro autistico, che manifestano dunque quadri evidenti di disabilità nella socializzazione e nel comportamento, non siano stati richiesti, nella realtà attuale della scuola italiana, gli interventi di sostegno previsti dalla "certificazione".
- il rapporto maschi/femmine che si ritrova nell'ambito delle sindromi autistiche si mantiene costante nel tempo. La maggiore frequenza di persone affette da autismo nel sesso maschile è un dato già evidenziato fin dai primi lavori di Kanner e di Asperger; questa maggiore prevalenza di patologie autistiche nei maschi si è mantenuta stabilmente ed è stata confermata nel corso dei numerosi rilevamenti condotti in questi ormai settanta anni. Il costante rapporto 4/1 di manifestazioni autistiche nel sesso maschile rispetto a quello femminile non sembrerebbe confermare un'ipotesi epidemica in cui non ci si dovrebbe attendere una distribuzione della patologia nei due sessi così dissimile.

In ogni caso la constatazione che i disturbi dello spettro autistico sono molto più frequenti di quanto ritenuto in passato, richiede un rapido e profondo processo di riorganizzazione dei servizi e in prima istanza di quelli sanitari, sia per quanto riguarda l'effettuazione della diagnosi tempestiva e la continuità tra diagnosi e inizio di un adeguato progetto terapeutico, integrato altrettanto precoce, sia per quanto riguarda l'esigenza di coprire il vuoto, anche diagnostico, degli interventi per l'età adulta.



Nel corso dei lavori del Tavolo sono emersi altri temi che richiedono ulteriori approfondimenti ma che, data la loro complessità e specificità, non si è ritenuto possibile affrontare con la completezza necessaria.

Ad esempio la segnalazione che i bambini affetti da sindromi autistiche manifesterebbero una maggiore presenza di disturbi gastrointestinali e una anomala permeabilità della parete intestinale o alterazioni dismetaboliche complesse. Sono state avanzate ipotesi di una relazione diretta tra autismo e anomalie gastrointestinali e si sono diffuse terapie basate su diete specifiche o sull'assunzione di integratori alimentari e vitamine. Il Tavolo ritiene che su questo tema in particolare sia necessario condurre approfondimenti e valutazioni di efficacia specifici, e compiere studi che si collochino in un ambito scientifico strutturato, e per i quali siano richiesti approcci metodologici formali e riconosciuti dalla comunità scientifica. Tali approfondimenti non possono essere considerati di pertinenza del Tavolo per l'autismo e si è ritenuto che studi specifici debbano essere promossi e/o coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità che può garantire adeguatamente sia il livello di scientificità necessario che la correttezza metodologica.

LA PROPOSTA SCATURITA DAI LAVORI DEL TAVOLO AUTISMO

La sindrome autistica, per la sua complessità diagnostica e gestionale, per le sue implicazioni teoriche e scientifiche, rappresenta un modello paradigmatico per la programmazione di un complessivo piano di intervento e per la sperimentazione di una *"azione di sistema nazionale"*, denominabile specificamente come *"progetto nazionale autismo"*, che sia in grado di:

- elaborare da parte del Ministero della Salute, in collaborazione con le Amministrazioni Regionali, un piano di indirizzo operativo che fornisca indicazioni omogenee per la programmazione, attuazione e verifica dell'attività per i minori e adulti affetti da autismo, per migliorare le prestazioni della rete dei servizi, favorire il raccordo e coordinamento tra tutte le aree operative coinvolte;
- definire un modello organizzativo imperniato sulla rete complessiva dei servizi che preveda l'implementazione di funzioni operative specificatamente formate ed orientate alle problematiche dell'Autismo e l'individuazione, in ogni Regione, di centri di riferimento con consolidate competenze ed esperienze a supporto dell'attività svolta dai Servizi territoriali e in continuo raccordo con gli stessi e le famiglie, con i seguenti obiettivi:
 1. distribuire uniformemente a livello territoriale gli interventi di base per poter rispondere ai bisogni del bambino e dell'adulto con autismo e delle famiglie nel contesto naturale di vita;
 2. garantire le essenziali attività di supporto, sia diagnostiche che di trattamento e verifica dei risultati, attraverso l'attivazione o il potenziamento di specifiche unità operative che, inserite all'interno della rete dei servizi, possano fornire le necessarie competenze specialistiche operando per bacini territoriali più ampi di quelli delle singole Aziende sanitarie. Queste funzioni specialistiche debbono garantire le competenze necessarie in un contesto di stretto e continuo raccordo con i servizi di base e le famiglie alle quali deve essere fornita adeguata formazione per rispondere alle esigenze speciali del loro familiare con autismo;
 3. favorire la crescita di percorsi di continuità, sia diagnostica che di presa in carico e trattamento, tra Servizi di Neuropsichiatria Infantile e quelli di Psichiatria degli Adulti accrescendo le competenze dei Dipartimenti di Salute Mentale potenziando gli ambiti comuni di lavoro:



4. finalizzare i raccordi operativi con la rete pediatrica e con la medicina di base a risponderne anche ai bisogni di salute dei singoli pazienti;
 5. offrire una risposta concreta per l'intero ciclo della vita dei pazienti, orientando l'integrazione dei servizi sanitari, educativi e sociali nei loro rapporti reciproci e nelle loro connessioni con le iniziative delle Associazioni delle Famiglie, del Privato e del Privato Sociale.
- definire standard qualitativi e quantitativi minimi per i servizi, differenziando i servizi per i minori e quelli per gli adulti, e introdurre nei LEA alcuni indicatori specifici;
 - favorire un coordinamento tra tutte le aree sanitarie coinvolte : le Neuropsichiatrie infantili, i Servizi di Psichiatria dei Dipartimenti di Salute Mentale, la rete complessiva della Pediatria (ospedaliera e di libera scelta) anche per programmi di screening precoci e la Medicina di Base;
 - sollecitare l'attivazione e la diffusione di modelli abilitativi e terapeutici integrati e multidisciplinari;
 - potenziare i raccordi tra le aree sanitarie e le istituzioni educative e il mondo della scuola (con particolare attenzione alla scuola dell'infanzia) per raggiungere, oltre al particolare impegno nei percorsi di inclusione scolastica dei bambini e adolescenti con sindromi autistiche, un solido ed efficace intervento educativo. Particolare attenzione va posta anche alle esigenze di adeguamento dei meccanismi di coordinamento tra reti sociosanitarie e scolastiche alle complesse problematiche insite in questi percorsi di inclusione;
 - promuovere progetti specifici nel campo della ricerca, in particolare sulla qualità dei servizi che va indagata sulla base di indicatori di efficacia delle procedure abilitative; nel settore della formazione, con lo scopo di favorire la diffusione, attraverso piani formativi, interistituzionali e multidisciplinari, delle conoscenze nel mondo dei servizi e della scuola per una più ampia integrazione sociale delle persone con autismo.

ALCUNE INDICAZIONI SPECIFICHE

Indirizzi per l'organizzazione dei servizi

I componenti del Tavolo Autismo, in questo riprendendo le più recenti linee guida internazionali e nazionali (SINPIA), indicano alcuni obiettivi, che risultano oggi prioritari, su cui fondare l'organizzazione dei Servizi:

- anticipare i tempi della diagnosi nella fascia di età infantile e garantire processi diagnostici accurati ed adeguati per l'età adulta. Utilizzare per le diagnosi il sistema di codifica internazionale ICD 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico con l'attivazione di interventi educativi e abilitativi multidisciplinari basati sulle evidenze e sulla valutazione funzionale individualizzata;
- costruire una stretta rete di collaborazione e di raccordi tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie avvalendosi di Accordi di Programma: in tale ottica vanno sperimentati



modelli organizzativi che possano favorire continuità e efficacia alla collaborazione interprofessionale e l'attuazione compiuta di un intervento educativo che possa concretamente condurre all'inclusione scolastica e sociale;

- accrescere e diffondere le competenze necessarie a favorire il percorso di crescita individuale delle persone con autismo nei processi di inclusione scolastica e sociale;
- garantire la continuità della presa in carico al passaggio tra età infantile e età adulta con l'adeguamento alle attuali necessità che richiedono servizi per tutto l'arco della vita;
- adottare nuovi sistemi di controllo della qualità dei servizi, o adeguare quelli esistenti, verso modelli di *Total quality management*, orientati al perseguimento continuo di una migliore qualità di vita e della soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie, coerentemente con le raccomandazioni sulla qualità dei servizi adottate dal Gruppo di Alto Livello sulla Disabilità dei rappresentanti degli Stati membri dell'UE presso la Commissione Europea.
- supportare le famiglie;
- prevenire e contrastare il fenomeno dell'istituzionalizzazione e avviare processi di de-istituzionalizzazione.

L'intervento abilitativo e terapeutico integrato e multidisciplinare per bambini con autismo

La particolarità della situazione italiana vede attualmente:

- tutti i bambini con disabilità frequentare la scuola pubblica in un contesto di inclusione nella naturale organizzazione scolastica;
- la crescita di un modello di intervento riabilitativo per la disabilità infantile che, avendo posto particolare attenzione ai bisogni evolutivi dei bambini e alle loro necessità di vita familiare, scolastica e sociale, si è caratterizzato fortemente nei suoi contorni teorici e pratici innovativi in questi anni, permettendo la crescita di un corpus culturale e scientifico specifico della riabilitazione infantile;
- la centralità dei Servizi pubblici del Servizio Sanitario Nazionale e il loro collegamento con i Servizi del privato sociale.

Va però considerato come vi siano ancora molte difficoltà a diffondere e consolidare l'applicazione di modalità organizzative e abilitative che rispettino la consapevolezza, ormai condivisa, che l'intervento psicoeducativo precoce e intensivo può essere grandemente efficace nella riduzione della disabilità. Si richiede perciò di attivare un intervento che, nell'ottica essenziale dell'inclusione, non si limiti a interventi frammentati e accessori, ma offra, coordinando efficacemente l'uso del tempo che il bambino vive nella scuola e nella famiglia, un competente ed individualizzato processo educativo.

Tutto ciò richiede, anche per evitare gli errori del passato, di porre una particolare attenzione all'implementazione di interventi la cui efficacia sia sostenuta dall'evidenza scientifica, ma anche di evitare esasperazioni nell'applicazione di modelli terapeutici e abilitativi che si sono evoluti in contesti sociali, culturali e organizzativi diversi dal nostro, e che spesso sono già messi in discussione e superati da nuove e più flessibili modalità di intervento anche nella culture di origine. Per progetto terapeutico integrato si vuole intendere un piano operativo rappresentativo di un'organizzazione articolata degli interventi, organizzazione che eviti i rischi di supremazia



convinzioni personalistiche e autoreferenziali dei singoli operatori, che rafforzi la prospettiva del "lavoro di equipe" e di "collegialità di gruppo operativo" e che produca un approccio multiprofessionale e interdisciplinare in grado di individuare i bisogni prioritari del bambino e le strategie ritenute più idonee per affrontarli. Si intende dunque un'organizzazione in cui le scelte operative discendono dal confronto tra professionalità e tra competenze e non dai particolari orientamenti e convincimenti dei singoli professionisti, pubblici o privati.

Ma i bisogni di integrazione non si rivolgono solo ad un modello organizzativo dei servizi in cui viene favorito l'apporto culturale e scientifico delle diverse professionalità, ma anche alla necessità di affrontare con una visione di insieme le conoscenze, ormai assai ampie, sugli interventi psicoeducativi e cognitivocomportamentali, rifuggendo da semplificazioni meccaniche riguardo al loro utilizzo, e anche da atteggiamenti riduttivi che esasperano le convinzioni in merito ai benefici di un metodo rispetto ad altri.

Si è ormai consolidata la consapevolezza che, allo stato attuale delle conoscenze, gli interventi abilitativi e psicoeducativi di tipo cognitivo comportamentali costituiscono il trattamento elettivo per le patologie dello spettro autistico. La ricerca sugli esiti degli interventi ha dimostrato inoltre che queste metodologie sono quelle che più sono state supportate da studi di validazione, e disponiamo di sufficienti indicazioni che indirizzano verso i trattamenti di tipo evolutivo o che inducono a considerare "non raccomandabili" alcune altre tipologie di intervento. Va tenuto presente che fino ad oggi gli studi disponibili riguardano metodiche di trattamento messe a punto e realizzate in contesti culturali diversi da quello italiano poiché raramente prevedono la prassi dell'integrazione scolastica.

Negli ultimi anni nel nostro paese sono state realizzate numerose esperienze che hanno utilizzato un approccio di tipo psicoeducativo e che hanno documentato esiti positivi, prevedendo in particolare la condivisione del progetto individualizzato tra famiglia, scuola e operatori socio-sanitari.

All'interno di una generale considerazione di efficacia degli interventi psicoeducativi, dovrebbero essere attualmente abbandonate dichiarazioni di preminenza di uno specifico metodo su un altro; la competizione tra i diversi modelli abilitativi, che di fatto fanno capo tutti a un quadro di riferimento cognitivo comportamentale, è oggi ampiamente superata da una visione non categoriale ma dimensionale delle scelte da compiere nella progettazione di un intervento in funzione delle caratteristiche e necessità di ogni singolo bambino e singola famiglia.

Oggi sappiamo che occorre farsi carico dei bambini, valutare il loro stile cognitivo e comunicativo, le loro abilità di base per impostare un programma individualizzato, disponendo di una vasta scelta di strumenti abilitativi, utilizzando sistemi assestati per valutare le strategie adeguate e i loro risultati.

Sono necessari numerosi "luoghi" in cui si possano conoscere molti bambini, impostare programmi individualizzati e utilizzare al meglio diversi interventi. Solo "luoghi esperti e intelligenti", radicati nei servizi sanitari pubblici e privati, possono affrontare efficacemente la complessità del problema e l'intervento multimodale che ne consegue. Sulla base delle esperienze condotte nel nostro paese e tenendo presente quanto emerso dalla ricerca internazionale, si ritiene opportuno l'utilizzo di specifiche componenti del trattamento all'interno di un progetto condiviso tra scuola, famiglia e operatori sociosanitari e non invece di programmi preconfezionati, codificati in contesti diversi da quello italiano.

In una cornice epistemologica e filosofica coerentemente basata sul metodo scientifico, vanno quindi sottolineate la possibilità e la necessità di integrare interventi finalizzati allo sviluppo di abilità verbali e comunicative, al potenziamento di abilità cognitive e di autonomia individuale e sociale, ad una migliore gestione della percezione di sé nel tempo e nello spazio, il tutto all'interno di un quadro di collaborazione tra le tre agenzie principali che hanno in carico il bambino, la famiglia, la scuola e i servizi e quindi in un prioritario e stretto raccordo tra il mondo dei servizi sanitari e le istituzioni educative e scolastiche.

RACCOMANDAZIONI



Il Ministero della Salute ha accompagnato le attività del tavolo con iniziative di raccordo che hanno già portato a risultati molto positivi e che segnalano l'importanza della stabilizzazione di collegamenti in particolar modo in questa fase con il Coordinamento delle Regioni e con l'Istituto Superiore di Sanità.

Per quanto riguarda il rapporto con le Amministrazioni Regionali si segnala innanzitutto il raccordo che è stato attivato con la richiesta inoltrata al Gruppo Interregionale sulla Salute Mentale e Assistenza Psichiatrica di partecipare con due loro rappresentanti ai lavori del Tavolo autismo. Si ricorda che il Gruppo Interregionale aveva indicato due Neuropsichiatri Infantili nominati dalla Regione Piemonte e dalla Regione Sicilia. Nel corso di questi mesi si è già tenuta una riunione del Gruppo Interregionale sul tema autismo in cui si è confermata l'utilità di proseguire nel raccordo ed è previsto un secondo incontro nel mese di febbraio.

Inoltre si sta operando al fine di inserire i bisogni di programmazione in tema di autismo nel Piano Strategico Salute Mentale che è in via di elaborazione, con un lavoro integrato tra Ministero e Gruppo Interregionale.

Nel contesto di queste attività di raccordo e programmazione congiunta Ministero/Coordinamento Regioni andrebbe sostenuta l'esigenza che ogni Regione si doti di un piano operativo per l'autismo e che questi piani fossero inseriti in una visione di raccordo e di condivisione di alcuni principi programmatori di base. A questo scopo andrebbe dato un particolare significato alla diffusione e applicazione delle Linee Guida sull'Autismo elaborate dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza SINPIA, che già alcune Regioni hanno recepito e utilizzato nei loro piani programmatori.

Di grande significatività appaiono poi i raccordi con l'Istituto Superiore di Sanità che potrebbero portare a iniziative sia di indirizzo metodologico e valutativo per potenziare l'utilizzo di approcci basati sull'evidenza, che di ricerca e formazione per un miglioramento generale della qualità degli interventi. Le attività dell'Istituto potrebbero orientarsi verso:

- il potenziamento e il coordinamento delle esperienze che garantiscono, o dovranno garantire, nelle diverse organizzazioni regionali, i percorsi di diagnosi, presa in cura e trattamento. Ciò al fine di individuare/stabilizzare diffusamente standard diagnostici e di trattamento adeguati alle ormai consolidate conoscenze internazionali ma anche per sostenere e mettere in rete i centri specialistici già costituiti o di prossima istituzione;
- la promozione e il coordinamento delle attività di ricerca nei vari aspetti da quelli genetici e eziologici a quelli diagnostici e terapeutici più specificamente clinici, ma anche degli studi sui modelli organizzativi e sulla valutazione della qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. In questo contesto si ribadisce l'esigenza di uno specifico "Gruppo di studio" per la valutazione e validazione degli approcci e delle metodologie di trattamento che si rifanno a ipotesi eziologiche dell'autismo di tipo tossinfettivo o gastroalimentare o carenziale vitaminico;
- la costruzione o il potenziamento di banche di materiale biologico di soggetti con sindromi autistiche o con gravi sindromi delle quali non si conoscono le cause;
- il sostegno delle politiche di miglioramento della qualità degli interventi attraverso l'organizzazione e gestione di specifici percorsi di formazione;
- l'allestimento di un Sito Internet interattivo che possa essere utilizzato come punto di riferimento e aggiornamento dai Servizi e dalle Famiglie



Altri temi che esigono una particolare attenzione sono le questioni della ricerca e della **formazione**, cui il Tavolo ha dedicato specifici approfondimenti.

Per quanto riguarda la **ricerca** si sottolinea che nel recentissimo Bando per la Ricerca Sanitaria finalizzata 2007, il Ministero ha inserito nelle aree tematiche dei Programmi Strategici un capitolo specifico sui “Disturbi mentali gravi nell’infanzia e adolescenza”, il quale evidentemente offre opportunità a proposte di ricerca sul tema dell’autismo.

Al di là di queste considerazioni, il tema della ricerca scientifica è stato affrontato dal Tavolo come uno dei punti centrali per lo sviluppo delle politiche complessive di intervento. Si è concordato sul fatto che la ricerca debba orientarsi verso ambiti di multidisciplinarietà che tenga conto di tutti gli aspetti del problema da quelli eziologici a quelli più applicativi e finalizzati. Richiamando l’aspetto della multidisciplinarietà si rinnova la segnalazione di una specifica linea di ricerca in relazione al rapporto tra autismo e patologie gastrointestinali. Particolare attenzione dovrebbe essere indirizzata anche verso gli aspetti sociali della malattia, così come è vissuta dalle persone affette e dalle loro famiglie. E’ quindi auspicabile che si potenzi ulteriormente il raccordo tra Ministero della Salute, Ministero dell’Università e della Ricerca e Istituto Superiore della Salute. Ma il bisogno di raccordo dovrebbe anche indirizzarsi ai Ministeri della Pubblica Istruzione e della Solidarietà Sociale oltretutto alle Regioni e agli IRCCS

Il tema della **formazione**, così come quello della ricerca, è ritenuto un altro aspetto fondamentale per un piano complessivo di intervento. Formazione essenziale per superare quella disomogeneità nella preparazione dei professionisti impegnati e per le carenze di competenze che rendono ancora accidentato il percorso della diagnosi, dell’impostazione dei piani di intervento psicoeducativo, della presa in carico delle persone con autismo al raggiungimento dell’età adulta. Sono pertanto necessari indirizzi formativi che coinvolgano in prima istanza specialisti come pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi e psichiatri e tutte le professionalità abilitative e riabilitative. Caratteristica essenziale di questi percorsi formativi dovrebbe essere quindi quello della multiprofessionalità, così come andrebbe garantito anche l’approccio multi-istituzionale; in questo contesto è prioritario sostenere percorsi formativi tra gli operatori dei servizi sanitari e il personale scolastico e educativo. Per ciò che riguarda nello specifico la formazione universitaria, sarebbe auspicabile un raccordo tra il Ministero della Salute e il Ministero dell’Università e della Ricerca al fine di ripensarne gli orientamenti (sia in termini di contenuti, sia di spazi dedicati) in funzione dei risultati scaturiti dai lavori del presente Tavolo, pur nel rispetto dell’autonomia delle Università.

Oltre alla formazione vera e propria, sarebbe utile perseguire la strada dell’informazione in senso lato: fornire infatti una corretta informazione sul fenomeno autismo e sulle sue possibili sfaccettature e gradazioni, può infatti avere una ricaduta positiva per le prospettive di accettazione sociale del disturbo e le speranze di inclusione delle persone che ne sono colpite, oltre a consentirne più facilmente l’individuazione da parte di famiglia e scuola nei casi in cui la sintomatologia è meno evidente in età infantile.

Anche per quanto riguarda l’aspetto formativo diviene estremamente importante un raccordo tra i Ministeri competenti e le Regioni.

Altri temi a cui si raccomanda di dare continuità di attenzione e impegno:

- raccordo con gli Assessorati alla Sanità Regionali per la definizione di un “Piano di intervento per l’autismo” in ogni regione. Definizione dei modelli organizzativi per il raggiungimento degli obiettivi generali. Coinvolgimento degli Assessorati alla Pubblica Istruzione:



- raccordo con il Ministero della Pubblica Istruzione per gli interventi integrati sanità/educazione;
- raccordo con pediatria di base e rete pediatrica nel suo complesso per l'attuazione di screening per la diagnosi precoce e per la tutela dei bisogni generali di salute;
- raccordo tra Servizi di Neuropsichiatria infantile, Dipartimenti Salute Mentale, Medicina di Base e Servizi Sociali per il raggiungimento di livelli adeguati ai bisogni delle persone con autismo di età adulta.

CONSIDERAZIONI FINALI

Si ritiene conclusa questa prima fase di attività del Tavolo, in quanto ormai si è definito nelle grandi linee il quadro dei bisogni e delle problematiche riferite a i bambini e agli adulti con patologie dello spettro autistico. E' oggi necessario dare continuità al ruolo di promozione, di programmazione e verifica che ha condotto il Ministero a costituire il Tavolo ma che ora richiede il passaggio ad una fase operativa diretta e specifica sui vari aspetti evidenziati nel corso dei lavori. Si raccomanda di garantire a livello del Ministero un luogo di raccordo e coordinamento e quindi si propone che venga costituito un "Forum nazionale autismo" in grado di rappresentare anche la sede che supporti le attività di programmazione del Ministero e delle Amministrazioni Regionali ministeriali e quelle di verifica sui risultati delle iniziative intraprese. Si propone dunque la costituzione di questo "Forum nazionale per l'autismo" dove poter garantire un momento stabile di incontro tra Ministero, Amministrazioni Regionali, Servizi, Società Scientifiche e Associazioni delle Famiglie e del Privato Sociale.



Ministero dell'Economia e delle Finanze
 ARCA DA BOLLO
 €14,62
 QUATTORDICI/02
 DDD1464E 000043E0 WDR78001
 00004403 19/01/2010 10:04:23
 0001-0000S 4640CC357A0070
 IDENTIFICATIVO : 01090780423338
 0 1 09 078042 333 8
 Cap 66034
 Tel 0872-7071 - Fax 0872-40443 P.IVA: 00091240697
LINE DI LANCIANO
 Medaglia D'Oro al V.M.
 PROVINCIA DI CHIETI
 SETTORE AMBIENTE E TERRITORIO
 Funzione Ambiente ed Ecologia - Ufficio Igiene e Sanità
 Via dei Frentani 27 Tel.0872 707614 Fax 0872 700415

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' SANITARIA
 (ART. 11 LEGGE REGIONALE N 32 DEL 31 LUGLIO 2007)

Prot. n. 2481-01/s.v. IL SINDACO LANCIANO IL 19 GEN. 2010

Premesso che in data 8.10.2009 Prot. n. 44361, è pervenuta istanza, a firma della sig.ra Sorge Germana nata a Vasto il 01.01.1970 ed ivi residente in Via Platone n. 79, in qualità di Presidente della Fondazione "IL CIRENEO Onlus per l'autismo", con la quale si chiede il rilascio dell'Autorizzazione, in via predefinitiva, all'esercizio di attività sanitaria di cui all'art. 11 della Legge Regionale n. 32 del 31.07.2007, per la struttura sanitaria denominata "Centro Diurno dello spettro autistico" con sede in Lanciano Viale Cappuccini n. 443;

Rilevato che nell'istanza suddetta è stato allegato il "Piano di adeguamento di cui al comma 2 dell'art. 11 della citata L.R. n. 32/2007;

Accertato che il Piano di Adeguamento della struttura contiene gli elementi di cui alle normative vigenti nazionali e regionali;

Riscontrato che con nota Prot. n. 11456 del 30.12.2009, il Dipartimento di Prevenzione Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica della ASL Lanciano-Vasto, a seguito di sopralluogo effettuato e alla verifica della documentazione inoltrata dalla Fondazione, ha espresso parere igienico-sanitario favorevole sul possesso dei requisiti richiesti dal Manuale di Autorizzazione per la struttura di cui sopra e all'accoglimento dei piani di risanamento presentati;

Preso atto che l'art. 35 della Legge Regionale n. 6/2009 ha autorizzato provvisoriamente, ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni il Centro diurno di cui in premessa alla erogazione di prestazioni sanitarie riabilitative in favore di pazienti affetti da disturbi dello Spettro Autistico;

Vista la Legge Regionale n. 32 del 31 luglio 2007 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione del Commissario ad acta per la realizzazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo del 1° giugno 2009, n. 36/09 (Procedure di autorizzazione e accreditamento Modifiche e integrazioni ai Manuali e riapertura dei termini di cui agli artt. 11 e 12 della L.R. 31 luglio 2007, n. 32);

Visto il Testo Unico sull'Ordinamento degli Enti Locali del 8.8.2000, n. 267;

A U T O R I Z Z A

In via predefinitiva, la sig. ra Sorge Germana, sopra meglio generalizzata, in qualità di Presidente della FONDAZIONE "IL CIRENEO ONLUS PER L'AUTISMO" all'esercizio di un Centro di Riabilitazione dei disturbi dello Spettro Autistico nella sede ubicata in Viale Cappuccini n. 443 di Lanciano alle condizioni di cui al Programma del Piano di Adeguamento di seguito riepilogato:





COMUNE DI LANCIANO

Città' Medaglia D'Oro al V.M.
PROVINCIA DI CHIETI

Cap 66034

Tel. 0872-7071 - Fax: 0872-40443

P.IVA: 00091240697

- 1) entro un anno dalla data della presente autorizzazione dovrà essere allestito il carrello e il materiale necessario per la rianimazione cardio polmonare per la gestione dell' emergenza;
- 2) entro tre anni dalla data della presente autorizzazione nella struttura dovrà essere installato un servo scala o un ascensore.

Il Responsabile P.O.
Dott. Antonio Iezzi



IL SINDACO
AVV. FILIPPO PAOLINI





MUNICIPIO DELLA CITTA' DEL VASTO

Provincia di Chieti



Bandiera Blu 1996-1997-1998-1999-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009

Piazza Barbacani, 2 - Telefono 0873/3091

UFFICIO ECOLOGIA, AMBIENTE E SANITA'

Autorizz. n° 02/2010

L. R. ABRUZZO n° 32/2007 "NORME REGIONALI IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE E ACCORDI CONTRATTUALI DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE".

AUTORIZZAZIONE PREDEFINITIVA AI SENSI ART. 11.

Ditta: Fondazione "Il CIRENEO Onlus" avente Sede in Vasto (CH) Via Platone n°79.
Legale Rappresentante: Sorge Germana, nata a Vasto (CH) il 01/01/1970 ed ivi residente in Via Platone n°79;
Ubicazione Struttura: Vasto (CH) C.da Lebba, n°1.

IL SINDACO

- VISTO** l'art.10 della indicata L.R. che attribuisce ai Comuni le funzioni di:
- rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie;
 - rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie;
 - attività di vigilanza sulle strutture autorizzate che si esplica per il tramite delle competenze igienico-sanitarie del Dipartimento di Prevenzione delle ASL;
- VISTO** che con richiesta in data 05/10/2009, acquisita al Prot. Comunale in data 07/10/2009 con n° 45193, il Legale Rappresentante della predetta Fondazione ha avanzato richiesta, ai sensi dall'art.2, comma 1) della richiamata L.R., per il rilascio di autorizzazione per la struttura sita in Vasto (CH) C.da Lebba n°1 nella quale sarà esercitata attività sanitaria (Centro di Riabilitazione dei disturbi dello Spettro Autistico);
- VISTA** la documentazione tecnica ed amministrativa allegata all'istanza;
- VISTA** la successiva documentazione integrativa, richiesta dal Dipartimento di Prevenzione della ASL Lanciano-Vasto con propria nota Prot. n°9042 del 14/12/2009 per l'espressione del parere di propria competenza, trasmessa dal Legale Rappresentante della ricordata struttura con propria lettera del 23/12/2009 ed acquisita al Prot. Comunale in data 28/12/2009 con Prot. n° 57377;
- VISTO** che con tale documentazione veniva avanzata richiesta per il rilascio di "Autorizzazione Predefinita" ai sensi dell'art.11 della citata L.R. in quanto tale art. prevede al:





MUNICIPIO DELLA CITTA' DEL VASTO

Provincia di Chieti



Bandiera Blu 1996-1997-1998-1999-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009

Piazza Barbacani, 2 - Telefono 0873/3091

- comma 1) "...la possibilità da parte delle strutture pubbliche e private di utilizzare modalità e tempi di adeguamento appositamente stabiliti, nel caso non si verifichi il possesso, anche parziale, dei requisiti minimi autorizzativi.";
- al comma 2) "Per le strutture di cui al comma 1 è previsto un percorso di autorizzazione che, attraverso un programma di Adeguamento prestabilito, porti le stesse al completamento della fase di autorizzazione definitiva...";

VISTO che il predetto Dipartimento della ASL Lanciano-Vasto in data 10/03/2010 ha effettuato propria verifica finalizzata ad accertare, da parte della struttura di che trattasi, il possesso dei requisiti richiesti per l'esercizio della ricordata attività sanitaria;

VISTO che il ricordato Dipartimento in pari data, sulla scorta della verifica effettuata e della documentazione integrativa prodotta, comprensiva del Piano di Adeguamento previsti dal richiamato art.11, comma 2) con i quali è stata richiesta proroga di anni 1 (uno) per l'allestimento del carrello e del materiale necessario alla rianimazione cardio-polmonare per la gestione dell'emergenza, ha espresso proprio parere igienico-sanitario favorevole con accoglimento del suddetto Piano;

VISTO che Direttore Sanitario della struttura in questione è la Dott.ssa Tomassini Anna Rita, nata a Sora (FR) il 25/04/1975 e specialista in Psichiatria,

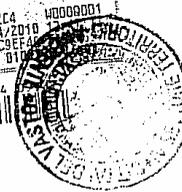
RILASCIA

AUTORIZZAZIONE PREDEFINITIVA ai sensi dell'art.11 della L.R. n°32/2007

per la struttura sita in Vasto (CH) C.da Lebba n°1 e per esercizio, nella stessa, di attività sanitaria (Centro di Riabilitazione dei disturbi dello Spettro Autistico) da parte della Fondazione "Il Cireneo Onlus Sas", della quale è Legale Rappresentante la Sig.ra Sorge Germana, come sopra meglio generalizzata.

Vasto, li 19 APR. 2010

IL SINDACO





MUNICIPIO DELLA CITTA' DEL VASTO



Provincia di Chieti

Bandiera Blu 1996-1997-1998-1999-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009

Piazza Barbusani, 2 - Telefono 0873/091

UFFICIO ECOLOGIA, AMBIENTE E SANITA'

Autorizz. n° 01/2010

L. R. ABRUZZO n° 32/2007 "NORME REGIONALI IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE E ACCORDI CONTRATTUALI DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE".

AUTORIZZAZIONE PREDEFINITIVA AI SENSI ART. 11.

Ditta: Fondazione "Il CIRENEO Onlus" avente Sede in Vasto (CH) Via Platone n°79.
Legale Rappresentante: Sorge Germana, nata a Vasto (CH) il 01/01/1970 ed ivi residente in Via Platone n°79;
Ubicazione Struttura: Vasto (CH) Via A. Marchesani n°2.

IL SINDACO

- VISTO** l'art.10 della indicata L.R. che attribuisce ai Comuni le funzioni di:
- rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie;
 - rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie;
 - attività di vigilanza sulle strutture autorizzate che si esplica per il tramite delle competenze igienico-sanitarie del Dipartimento di Prevenzione delle ASL;
- VISTO** che con richiesta in data 05/10/2009, acquisita al Prot. Comunale in data 07/10/2009 con n° 45193, il Legale Rappresentante della predetta Fondazione ha avanzato richiesta, ai sensi dall'art.2, comma 1) della richiamata L.R., per il rilascio di autorizzazione per la struttura sita in Vasto (CH) Via A. Marchesani n° 2 nella quale sarà esercitata attività sanitaria (Centro di Riabilitazione dei disturbi dello Spettro Autistico);
- VISTA** la documentazione tecnica ed amministrativa allegata all'istanza;
- VISTA** la successiva documentazione integrativa, richiesta dal Dipartimento di Prevenzione della ASL Lanciano-Vasto ai fini dell'espressione del parere di propria competenza, trasmessa dal Legale Rappresentante della ricordata struttura ed acquisita al Prot. Comunale in data 28/12/2009 con n° 57377;
- VISTO** che con tale documentazione veniva avanzata richiesta per il rilascio di "Autorizzazione Predefinitiva" ai sensi dell'art.11 della citata L.R. in quanto tale art. prevede al:
- comma 1) "...la possibilità da parte delle strutture pubbliche e private di utilizzare modalità e tempi di adeguamento appositamente stabiliti, nel caso non si verifichi il possesso, anche parziale, dei requisiti minimi autorizzativi.";





MUNICIPIO DELLA CITTA' DEL VASTO

Provincia di Chieti



Bandiera Blu 1996-1997-1998-1999-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009

Piazza Barbacani, 2 - Telefono 0873/3091

- al comma 2) "Per le strutture di cui al comma 1 è previsto un percorso di autorizzazione che, attraverso un programma di adeguamento prestabilito, porti le stesse al completamento della fase di autorizzazione definitiva...";

- VISTO** che il predetto Dipartimento della ASL Lanciano-Vasto in data 29/12/2009 ha effettuato propria verifica finalizzata ad accertare il possesso, da parte della struttura di che trattasi, dei requisiti richiesti per l'esercizio della ricordata attività sanitaria;
- VISTO** che il ricordato Dipartimento in pari data, sulla scorta della verifica effettuata e della documentazione integrativa prodotta, comprensiva dei Piani di Adeguamento previsti dal richiamato art.11, comma 2) con i quali è stata richiesta proroga di anni 1 (uno) per quanto attiene ai requisiti minimi tecnologici e anni 3 (tre) per quanto attiene ai requisiti strutturali, ha espresso proprio parere igienico-sanitario favorevole con accoglimento dei suddetti Piani;
- VISTO** che Direttore Sanitario della struttura in questione è la Dott.ssa Tomassini Anna Rita, nata a Sora (FR) il 25/04/1975 e specialista in Psichiatria,

RILASCIA

AUTORIZZAZIONE PREDEFINITIVA

ai sensi dell'art.11 della L.R. n°32/2007

per la struttura sita in Vasto (CH) Via A. Marchesani n°2 e per esercizio, nella stessa, di attività sanitaria (Centro di Riabilitazione dei disturbi dello Spettro Autistico) da parte della Fondazione "Il Cireneo Onlus Sas", della quale è Legale Rappresentante la Sig.ra Sorge Germana, come sopra meglio generalizzata.

Vasto, li 24 FEB. 2010



IL SINDACO





CONSIGLIO REGIONALE

Direzione Affari Presidenza e Legislativi
Servizio Affari AsSEMBLEARI
Ufficio 5° e 6° Commissione

67100 L'Aquila, 17 GIU. 2010
Via M. Jacobucci, 4

Prot. N. 9605

Risposta a nota n.

del

Allegati n.

OGGETTO: **Parere n 19/P/09 - D.G.R. n. 393/P del 17 maggio 2010 - "Azienda USL di Lanciano-Vasto-Chieti - Art. 6 della Legge Finanziaria regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 - Rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale".**

e, p.c.:

Al Dirigente Servizio Affari della Giunta
Via Leonardo da Vinci
Palazzo SITI ONTE
Alla Direzione Politiche della Salute
Servizio Assistenza Distrettuale,
Riabilitativa, Medicina Sociale e Attività
Sanitaria Territoriale
Via Conte di Ruvo
PESCARA



Al Sig. Presidente
Consiglio regionale
SEDE

Si trasmette, ai sensi del 2° comma dell'art.2, della l.r. n. 32/1996, il parere indicato in oggetto per i successivi adempimenti.

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE
Dr.ssa **Vicentina TERIO**
[Handwritten Signature]



CONSIGLIO REGIONALE DELL'ABRUZZO
5[^] COMMISSIONE CONSILIARE "AFFARI SOCIALI E
TUTELA DELLA SALUTE"

IX LEGISLATURA

Parere n 19/P/09 – D.G.R. n. 393/P del 17 maggio 2010 - "Azienda USL di Lanciano-Vasto-Chieti – Art. 6 della Legge Finanziaria regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 – Rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale".



L'anno 2010, il giorno 16 del mese di giugno, alle ore 10,00, si è riunita, in seduta ordinaria, nella sede del Consiglio regionale di L'Aquila, la 5[^] Commissione Consiliare nominata con Decreto Presidenziale n. 12/2010 del 23.04.2010, convocata con nota n. 9304 dell' 11 giugno 2010.

Sono presenti i Consiglieri:

Veri' Nicoletta (Presidente), Paola Palomba (V.Presidente), Sospiri Lorenzo, De Panis Luigi, Petri Alessandra, Iampieri Emilio, Ruffini Claudio, D'Amico Giovanni, Sclocco Marinella, Paolini Lucrezio e Acerbo Maurizio .

Sono assenti i Consiglieri: Di Bastiano Walter (Cons. Segretario), Nasuti Emilio, De Matteis Giorgio, Taglicente Giuseppe, Menna Antonio, Caramanico Franco, Saia Antonio e Caporale Walter.

LA 5[^] COMMISSIONE CONSILIARE

VISTA la L.R. del 5 giugno 1996 n. 32, concernente: "Ridefinizione dei termini per la espressione dei pareri delle commissioni consiliari";

VISTA la L.R. del 9 gennaio 2010, n. 1 che al primo comma dell'art. 6 prevede: "Al fine di consentire la completa realizzazione di progetti regionali e nazionali e di garantire le quote di finanziamento dei progetti con cofinanziamento statale, la Giunta regionale, attraverso la Direzione Politiche della Salute, previo parere della competente Commissione consiliare, procede alla rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale";

PREMESSO che in data 21.05.2010 è pervenuta al Consiglio regionale la deliberazione della Giunta regionale n. 393/P del 17 maggio 2010 - "Azienda USL di Lanciano-Vasto-Chieti – Art. 6 della Legge Finanziaria regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 – Rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale";

DATO ATTO che il predetto provvedimento n. 393/P del 17 maggio 2010 è stato assegnato alla 5[^] Commissione Consiliare in data 27.05.2010 per gli adempimenti previsti dall'art. 6, primo comma, della richiamata L.R. 9 gennaio 2010, n. 1;

ESAMINATA la predetta deliberazione di G.R. n. 393/P del 17 maggio 2010;

RITENUTO di condividere le motivazioni ed il contenuto della deliberazione come proposti dalla Giunta regionale;

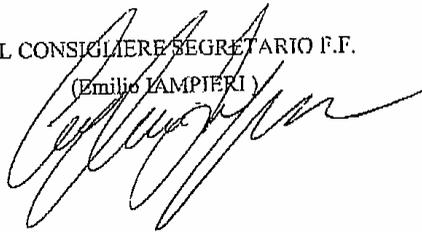
per le motivazioni in premessa, all'unanimità dei Commissari presenti con voti 35.

DECIDE

- di esprimere parere favorevole in ordine alla deliberazione n. 393/P del 17 maggio 2010, nel testo proposto dalla Giunta regionale;
- di trasmettere la presente decisione al Servizio Affari della Giunta regionale per i successivi adempimenti, ai sensi del comma 2^ dell'art.2, della L.r. 32/1996.

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO F.F.

(Emilio LAMPIERI)



IL PRESIDENTE

(Dr.ssa Nicoletta VERI)



DELIBERAZIONE 17.05.2010, n. 394/P:

Azienda USL di Teramo - art. 6 della Legge Finanziaria Regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 - rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale.

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che l'art. 6 della legge regionale n. 1 del 9/01/2010 (finanziaria 2010) dispone quanto segue:

- 1) "Al fine di consentire la completa realizzazione di progetti regionali e nazionali e di garantire le quote di finanziamento dei progetti con cofinanziamento statale, la Giunta Regionale, attraverso la Direzione Politiche della Salute, previo parere della competente Commissione Consiliare, procede alla rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale.
- 2) La rimodulazione è disposta, previa verifica delle partite di bilancio, dalla Giunta Regionale, tramite la Direzione Politiche della Salute, mediante reiscrizione degli importi da riscrivere e riprogrammare sul capitolo di spesa 12.01.004 – 81519”;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. DG7/06 dell'8/03/2010 con la quale sono stati disimpegnati residui passivi perenti sul Capitolo 81519 e contestuale richiesta di reiscrizione;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. DB8/23 del 24/03/2010 con la quale il Dirigente del Servizio Bilancio ha autorizzato la reiscrizione in bilancio di economie vincolate tra cui il finanziamento progetti regionali di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 662/96 sul capitolo 81519, così come richiesto con Determinazione Dirigenziale DG7/06 dell'8/03/2010;

Vista la nota n. 5520/10 del 23/03/2010 con la quale il Direttore Generale della ASL di Teramo ha chiesto il rifinanziamento, per

l'anno 2010, del progetto pilota "Interventi in favore dei minori a rischio e le loro famiglie", allegandone la relativa copia, per un importo pari ad € 516.456,00 (cinquecentosedicimilaquattrocentocinquantesi /00), da realizzare attraverso il Centro Riabilitativo "Primavera" di Scerne di Pineto dell'Ente Morale "Focolare Maria Regina Onlus”;

Preso atto che, in detta nota, il Direttore Generale della ASL di Teramo evidenzia che l'attività svolta dal sopraccitato Centro, in favore di minori abusati, maltrattati o a rischio, procede ormai dal 1997 e rappresenta un punto di riferimento per tutta la popolazione abruzzese;

Preso atto, altresì, che con deliberazioni n. 1933 del 25 luglio 1997, n. 1532 del 24 giugno 1998, n. 1804 del 6 agosto 1999, n. 1545 del 29 novembre 2000, n. 1041 del 07 novembre 2001, n. 1165 del 17 dicembre 2002, n. 1132 del 10 dicembre 2003, n. 1370 del 29 dicembre 2004, n. 1423 del 29 dicembre 2005, n. 1441 del 18 dicembre 2006, n. 1149 del 29 novembre 2007, n. 1168 del 4/12/2008, la Giunta Regionale ha approvato dodici annualità del Progetto Pilota "Interventi Sanitari in favore dei minori a rischio e delle loro famiglie", realizzati attraverso la stipula di convenzioni fra l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Teramo e l'Ente Morale "Focolare Maria Regina Onlus”, titolare del Centro riabilitativo "Primavera”;

Dato atto che:

- l'Associazione "Focolare Maria Regina Onlus" è un Ente Morale senza scopo di lucro riconosciuto con Decreto del Ministro dell'Interno in data 5 maggio 1993, nonché un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale ai sensi del D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460 rientrante, pertanto, nella fattispecie di cui al D.Lgs. 19.06.99 n. 229;
- il Centro di Riabilitazione "Primavera" è autorizzato provvisoriamente, con deliberazioni di Giunta Regionale n. 3977 del

07.11.1996, n. 262 del 1/03/2000 e n. 1933 del 25.07.1997, ad erogare prestazioni riabilitative ex art. 26 della legge 833/78 e prestazioni riabilitative in favore dei minori a rischio e le loro famiglie, presso la sede di Scerne di Pineto (TE), Via Oberdan, 22;

Visti:

- il D.P.C.M. 29 novembre 2001 – Livelli Essenziali di Assistenza;
- “Le linee guida regionali in materia di maltrattamenti ed abuso in danno dei minori” approvate con verbale del Consiglio Regionale n. 58/5 del 30 gennaio 2007;
- il “Piano Sanitario Regionale – Triennio 2008 - 2010” approvato con la L.R. 10 marzo 2008, n. 5 che prevede al paragrafo 5.4.18.1 le attività di prevenzione e cura dei bambini maltrattati e delle loro famiglie;

Considerato che:

- il predetto Piano Sanitario, nell’arco del triennio di attuazione, prevede le azioni da intraprendere per il potenziamento ed il miglioramento continuo dei livelli essenziali di prestazioni legate all’attività di prevenzione e cura dei bambini abusati e delle loro famiglie;
- nella definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001, gli interventi di prevenzione, assistenza e recupero psico-terapeutico dei minori vittime di abuso sono definite come prestazioni sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a livello di assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare e nel sottolivello dell’assistenza sanitaria garantita a donne, minori, coppie e famiglie;

Rilevato che l’eventuale interruzione del progetto sarebbe causa della cessazione dei servizi sanitari a valenza riabilitativa e psicologica in favore dei minori e delle famiglie attualmente in cura presso il Centro in questione e di quelli in lista di attesa, con gravi ripercus-

sioni sul loro percorso di recupero e sul loro primario diritto di cura;

Ritenuto, pertanto, di dover procedere, per le motivazioni sopra espresse, all’approvazione del progetto pilota “Interventi in favore dei minori a rischio e le loro famiglie”, annualità 2010, così come richiesto dal Direttore Generale della ASL di Teramo, con nota n. 5520/10 del 23/03/2010;

Rilevato che l’onere derivante dalla realizzazione del presente progetto, pari ad € 516.456,00, trova copertura finanziaria sul cap. di spesa n. 81519 del corrente bilancio regionale;

Dato atto che la presente proposta di deliberazione comporta onere finanziario a carico del bilancio regionale a cui si intende far fronte con le modalità sopra specificato;

Dato atto che il Direttore Regionale della Direzione Politiche della Salute e il Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale Riabilitativa, Medicina Sociale e Attività Sanitaria Territoriale, hanno espresso parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente riportate

- 1) di approvare, per l’anno 2010, il progetto obiettivo “Interventi in favore dei minori a rischio e le loro famiglie”, allegato al presente provvedimento, per un importo pari ad € 516.456,00 (cinquecentosedicimilaquattrocentocinquanteasei/00), così come richiesto dal Direttore Generale dell’ASL di Teramo con nota n. 5520/10 del 23/03/2010;
- 2) di dare atto che la somma di €. 516.456,00(cinquecentosedicimilaquattrocentocinquanteasei/00), per la realizzazione del

- progetto in questione, trova capienza sul capitolo 81519 concernente “Finanziamento progetti regionali di rilievo nazionale a norma dell’art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/96” del bilancio corrente esercizio;
- 3) di assegnare la predetta somma di € 516.456,00, (cinquecentosedicimilaquattrocentocinquanteasei/00), finalizzata alla realizzazione del progetto di che trattasi, alla USL di Teramo;
 - 4) di precisare che la suddetta assegnazione dovrà formare oggetto di una specifica rendicontazione e di una relazione dettagliata sulla realizzazione del progetto da parte della USL di Teramo da inviare, alla fine dell’annualità, al Servizio “Assistenza Distrettuale, Riabilitativa e Medicina Sociale” rectius “Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale” della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo;
 - 5) di autorizzare l’Azienda USL di Teramo a provvedere alla stipula di apposita convenzione con il Centro riabilitativo “Primavera” di Scerne di Pineto dell’Ente Morale “Focolare Maria Regina Onlus” per la realizzazione del progetto in parola ed a trasferire allo stesso le predette risorse finanziarie;
 - 6) di dare mandato all’Azienda U.S.L. di Teramo di verificare periodicamente, mediante visite ispettive, il regolare svolgimento del presente progetto e di rimettere alla Direzione Politiche della Salute – Servizio “Assistenza Distrettuale, Riabilitativa e Medicina Sociale” rectius “Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale” - l’esito delle verifiche;
 - 7) di stabilire che l’assunzione degli atti consequenziali necessari per l’attuazione del presente provvedimento è demandato al Dirigente del Servizio “Assistenza Distrettuale Riabilitativa, Medicina Sociale e Attività Sanitaria Territoriale” rectius “Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale” della Direzione Politiche della Salute;
 - 8) di dare atto che l’esecutività del presente provvedimento è subordinato al parere della competente V Commissione Consiliare del Consiglio Regionale;
 - 9) di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Seguono allegati



Unità Operativa

DIREZIONE GENERALE

All. n. 1

ASL TERAMO PROT. SEDE CENTRALE
Posta In Parlante



Prot. nr. 0005520/10 del 23/03/2010

S/NEG (circled) AR

Ill.mo ASSESSORE REGIONALE
Direzione di Sanità
Via Conte di Ruvo, 74
65100 PESCARA

Oggetto: Centro Riabilitativo "Primavera" di Scerne di Pineto - proposta di finanziamento annualità 2010.

Il Presidente del Centro Riabilitativo "Primavera" di Scerne di Pineto ha inviato alla scrivente A.S.L. il progetto relativo agli interventi in favore di minori a rischio e le loro famiglie del quale, ad ogni buon conto, si allega una copia alla presente.

L'attività del Centro in favore di minori abusati, maltrattati o a rischio procede ormai dal 1997 e rappresenta un punto di riferimento per tutta la popolazione abruzzese.

Riteniamo che sia opportuno, se non essenziale, garantire il proseguimento dell'attività in questione e, pertanto, se ne richiede, come per gli anni passati, il finanziamento finalizzato da parte di codesta Regione.

L'ammontare del finanziamento richiesto è pari a € 516.456,00 come meglio specificato nel quadro economico allegato al progetto.

Certi di una benevola accoglienza.
Cordiali saluti.

Documento composto da n. 11 fasciate
ALLEGATO come parte integrante alla deli-
berazione n. 394/P del 17 MAG. 2010

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Garanti)

Il Direttore del Dipartimento A.S.T.
(Dott. Valerio F. Profeta)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Mario Molinari)

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE
Pescara, il 7/5/2010

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
Drs.ssa Lupa COLAROSI



Progetto pilota obiettivo di interventi sanitari per minori a rischio e loro famiglie - Anno 2010

AZIENDA USL DI TERAMO

PROGETTO PILOTA OBIETTIVO DI INTERVENTI SANITARI A FAVORE DEI MINORI A RISCHIO E DELLE LORO FAMIGLIE

PROGRAMMAZIONE DELL'ANNUALITÀ 2010

1. AMBITO E FINALITÀ DEL PROGETTO PILOTA OBIETTIVO

Le azioni di prevenzione, cura e contrasto al disagio, all'abuso e al maltrattamento dei bambini, sono ricomprese fra le **prestazioni sanitarie** individuate dall'"Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria", approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 6 giugno 2001. In base a tale Atto, a carico del Servizio Sanitario Nazionale (100%) sono le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie.

Nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001, gli interventi di "protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni" e gli **"interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abuso"** sono definite come **prestazioni sanitarie garantite dal S.S.N. a livello di assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare e nel sottolivello dell'assistenza sanitaria garantita a donne, minori, coppie e famiglie.**

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha riaffermato l'obiettivo (cfr. 5.1. La salute nei primi anni di vita) di agire per la "prevenzione e lotta dei maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori". Del resto, già l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel primo Rapporto su violenza e salute (2002), aveva rilevato che la violenza, e tra queste la violenza sui bambini, è uno dei principali problemi di salute pubblica a livello globale.

La Regione Abruzzo, anche anticipando il quadro di riferimento nazionale, ha promosso fin dal 1997 un progetto pilota a valenza diagnostica, terapeutica e socio-riabilitativa, in favore dei minori in stato di abbandono, vittime di abuso e maltrattamento, a rischio o in stato di disagio grave, realizzato dall'Azienda ASL di Teramo. Grazie a tale progetto, i cui obiettivi e le cui azioni sono state poi riprese nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001, la Regione Abruzzo ha potuto assicurare nel corso di questi anni oltre 60.000 prestazioni riabilitative e 13.000 interventi e prestazioni diagnostiche, psicologiche e psicoterapeutiche, in favore di bambini e famiglie vittime di abuso o maltrattamento. Tale progetto è stato altresì inserito nel Secondo



Progetto pilota obiettivo di interventi sanitari per minori a rischio e loro famiglie – Anno 2010

Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della L.269/98 (Norme contro lo sfruttamento sessuale in danno dei minori), come esempio di buone prassi. Con le precedenti annualità di progetto attuate proficuamente dall'Azienda USL di Teramo in convenzione con il Centro Riabilitativo Polivalente "Primavera", di cui è titolare del servizio l'Associazione "Focolare Maria Regina onlus", la Regione ha potuto garantire tali livelli essenziali di assistenza sanitaria, di cui hanno beneficiato non solo i bambini e le famiglie, ma anche il Tribunale per i minorenni dell'Abruzzo, le Procure ed i Tribunali Ordinari, i Servizi Socio-sanitari, le Istituzioni scolastiche, i medici ed i pediatri di famiglia, le Forze dell'Ordine, che hanno potuto fruire di questo servizio specialistico di secondo livello per la diagnosi e la terapia dei casi di grave disagio, abbandono, abuso o maltrattamento, per lo svolgimento di audizioni protette, per l'attività consulenziale e di valutazione, per l'invio di casi destinati alla diagnosi o al trattamento.

Già le **Linee Guida Regionali in materia di Maltrattamento ed Abuso in danno dei Minori**, approvate dal Consiglio Regionale dell'Abruzzo con deliberazione n. 58/5 del 31.1.2007, pubblicate sul BURA n. 14 ordinario del 9 marzo 2007, ispirate anche all'attività decennale del progetto pilota, hanno rappresentato un'ulteriore tappa del processo di consolidamento delle azioni di contrasto al maltrattamento infantile nella Regione Abruzzo. Infatti, tali linee guida, elaborate congiuntamente dallo stesso Assessorato alla Sanità d'intesa con l'Assessorato alle Politiche Sociali, ed al cui gruppo di lavoro per la stesura hanno partecipato anche rappresentanti del progetto pilota, hanno definitivamente individuato le "Strutture per il trattamento dei minori abusati" (STMA), riconoscendole come servizi di eccellenza specializzati nella presa in carico integrata di situazioni complesse di grave maltrattamento.

Il paragrafo 5.4.18.1 del vigente Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Regione Abruzzo, approvato con L.R. 5/2008, è stato dedicato alle "attività di prevenzione e cura dei bambini maltrattati e delle loro famiglie", garantendo l'assistenza sanitaria nei confronti dei bambini vittima di violenza e prevedendo, nel triennio, la stabilizzazione delle Strutture per il Trattamento dei Minori Abusati (STMA), all'interno delle quali il progetto pilota si inquadra. In attesa di ottenere tale stabilizzazione, anche nell'ambito della L. 32/2007, il presente progetto intende porsi a garanzia dell'attuazione dei LEA sul territorio della Regione Abruzzo in favore dei bambini con Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI, secondo la definizione adottata dal Piano, cfr. PSR 2008-2010, pag. 240). Il Piano Sanitario Regionale si ispira altresì all'OMS, che indica nella violenza una delle principali cause/determinanti di malattia (alcolismo, dipendenza da droghe, disturbi alimentari e del sonno, HIV e malattie sessualmente trasmesse, disturbi psicologici e psichiatrici, etc.).

Il successo dell'intervento dei precedenti progetti pilota è testimoniato dal costante incremento annuale delle richieste di ammissione ai servizi, dalla certificazione di qualità del progetto ai sensi della norma ISO 9001:2000, dall'aumento della lista di attesa, dal numero elevato di casi in trattamento (attualmente sono 109 minori in carico e 28 famiglie).



Progetto pilota obiettivo di interventi sanitari per minori a rischio e loro famiglie – Anno 2010

Stante il quadro descritto, si ritiene, dunque, necessario proseguire il progetto pilota obiettivo, promuovendo una nuova annualità di azione (2010) e rafforzando l'intervento terapeutico di prevenzione e cura del bambino traumatizzato.

L'attuazione di un tale progetto, che mira anche a curare tempestivamente i bambini vittime di abuso, di situazioni traumatiche e di Esperienze Sfavorevoli Infantili, impatta altresì sulla spesa sanitaria, in quanto l'intervento precoce sul bambino maltrattato e traumatizzato, come è dimostrato dalla letteratura sull'argomento, riduce i costi sanitari futuri, in quanto la prevenzione e la terapia precoce consentono la riparazione dei danni alla salute nell'età adulta, a causa dei funzionamenti post-traumatici della violenza subita durante l'infanzia.

Il presente progetto obiettivo regionale di interventi sanitari a favore dei minori e delle loro famiglie si riconferma all'interno delle strategie inter-istituzionali di contrasto al disagio ed all'abuso dei bambini, degli adolescenti e delle famiglie, ed è integrato con il Sistema Sanitario Regionale, le istituzioni territoriali pubbliche e private, le agenzie educative, sanitarie e sociali, il Progetto obiettivo nazionale materno-infantile (D.M. 24 aprile 2000: P.O. materno-infantile) ed il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, in precedenza richiamato.

Il presente progetto viene elaborato in continuità con i progetti annuali approvati dalla Giunta Regionale d'Abruzzo ed attuati dall'A.U.S.L. di Teramo in convenzione con l'ente morale "Focolare Maria Regina onlus", filiare del Centro "Primavera" di Scerne di Pineto, sede del progetto, al fine di garantire la continuità delle prestazioni erogate ai bambini ed alle famiglie in carico nell'annualità 2008-2009 e dare risposte ai numerosissimi casi ancora in lista di attesa.

La annualità 2010 del progetto, promossa dall'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo, consente di dare continuità di risposte alle prioritarie necessità dell'utenza ed offrire un valido ausilio all'attività dei Servizi Socio-sanitari territoriali, delle Procure, dei Tribunali Ordinari e del Tribunale per i minorenni, dei medici e dei pediatri di famiglia, attuando un obiettivo prioritario del Piano Sanitario Regionale 2008-2010.

Il Progetto intende perseguire le seguenti **finalità**:

- a) assicurare continuità di prestazioni ai servizi di diagnosi, cura, riabilitazione, in favore dei minori abusati, a disagio e a rischio e delle loro famiglie, in carico al progetto già nelle precedenti annualità;
- b) promuovere l'attuazione delle Linee Guida Regionali in materia di maltrattamento ed abuso in danno dei minori e del Piano sanitario regionale 2008-2010, garantendo prestazioni sanitarie previste dai LEA in favore di minori traumatizzati, maltrattati, abusati, che abbiano subito o rischino di subire Esperienze Sfavorevoli Infantili;



Progetto pilota obiettivo di Interventi sanitari per minori a rischio e loro famiglie - Anno 2010

c) offrire, attraverso il coordinamento organizzativo, consulenza e supporto clinico e di *community care* in materia di abuso, maltrattamento e disagio dei bambini, alle strutture pubbliche e private e agli operatori territoriali;

d) conoscere lo stato di salute ed i bisogni della popolazione minorile abruzzese e delle loro famiglie, in particolar modo nelle aree di rischio;

e) sperimentare nuove forme e modelli di intervento clinico-psicologico e riabilitativo per l'aiuto al bambino a disagio e per la sua famiglia;

f) promuovere la conoscenza e sperimentare la ricerca clinica sulle forme e le tipologie di abuso (abuso sessuale, abuso fisico, abuso psicologico, maltrattamento e trascuratezza, violenza assistita, sindrome da scuotimento, sindrome fetalcolica, etc.) e sulle conseguenze sulla salute (funzionamenti post-traumatici connessi a disturbi alimentari, dipendenze, comportamenti anti-sociali e devianze, alterazioni della vita sessuale ed affettiva, danni neurologici e neuropsichiatrici, etc.).

2. OBIETTIVI, AZIONI E INDICATORI DI RISULTATO

Gli obiettivi da perseguire e i relativi indicatori di risultato del progetto pilota obiettivo sono i seguenti:

<i>Monitorare i flussi di utenza per tipologia di prestazioni</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero di casi 2. Numero di assistiti (adulti e minori) 3. Numero di minori assistiti 4. Numero di famiglie assistite 5. Numero di famiglie assistite nello Spazio Neutro 6. Numero di casi in riabilitazione 7. Numero di casi in prevenzione 8. Numero di casi in protezione
<i>Formulare diagnosi precoci e favorire un approccio riabilitativo globale multidisciplinare per bambini colpiti da maltrattamento e trascuratezza e/o da disagio grave e disabilità</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percentuale di progetti riabilitativi globali attivati in favore dei minori assistiti 2. Percentuale di esiti positivi di progetti riabilitativi con raggiungimento di almeno un obiettivo
<i>Offrire un servizio tempestivo</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percentuale di assistiti con



Progetto pilota obiettivo di interventi sanitari per minori a rischio e loro famiglie - Anno 2010

<i>ed efficace di diagnosi e di terapia psicologica del bambino a rischio e/o maltrattato e della sua famiglia</i>	diagnosi di abuso sessuale. 2. Percentuale degli interventi di terapia psicologica e di sostegno psicologico sul totale dei casi; 3. Percentuali di dimessi con esito positivo; 4. Percentuale di minori assistiti con famiglie monoparentali; 5. Numero dei casi trattati nell'ambito della ricerca clinica
<i>Favorire il collegamento organizzativo inter-istituzionale con gli enti e gli operatori territoriali che si occupano di disagio minorile (Tribunale per i minorenni, Servizio Sociale, Servizi Sanitari territoriali ed ospedalieri, medici e pediatri di base, pronto soccorso, Scuole, etc.)</i>	1. Numero delle consulenze specialistiche indirette (telefoniche, telematiche, ecc) 2. Percentuale di casi inviati da ciascuna istituzione/ente sul totale dei casi trattati nell'anno.

3. ATTIVITA', SERVIZI E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE, RIABILITATIVE E TERAPEUTICHE

L'ente attuatore del progetto pilota obiettivo, curato dall'Azienda USL di Teramo per tutti gli aspetti relativi alla programmazione (Invii, UVM, etc.) ed al controllo (visite e verifiche ispettive) delle attività e delle prestazioni, tutte rientranti nei LEA, è l'"Associazione Focolare Maria Regina onlus", eretta ad ente morale con Decreto del Ministro dell'Interno del 5 maggio 1993. La sede operativa centrale del progetto è il Centro Riabilitativo Polivalente "Primavera" di Scerne di Pineto (Teramo), in possesso dei requisiti previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997, autorizzato per le prestazioni riabilitative con D.G.R. n. 3977 del 07.11.1996, modificata dalla D.G.R. n. 292 del 01.03.2000, e per le prestazioni di carattere psicologico e psicoterapeutico e per quelle comunque ricomprese nell'attività di consulenza, diagnosi, valutazione e terapia nei casi di abusi con D.G.R. n. 1933 del 25.07.1997. L'Associazione è un Ente Morale senza scopo di lucro riconosciuto con Decreto del Ministro dell'Interno in data 5 maggio 1993 ed è organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS) ai sensi del D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460, rientrante, pertanto, nella fattispecie di cui al D.Lgs. 19.06.99 n. 229.

Gli **interventi** si individuano principalmente in:



Progetto pilota obiettivo di interventi sanitari per minori a rischio e loro famiglie – Anno 2010

1. valutazione e diagnosi delle situazioni familiari multiproblematiche e vulnerabili e/o ove vi sia sospetto di maltrattamento fisico, abuso sessuale, trascuratezza dei figli da parte dei genitori o sospetto di grave pregiudizio per il minore;
2. trattamenti di psicoterapia e sostegno psicologico all'autore di reato, alla famiglia e al minore a rischio nei casi ove tale intervento sia ritenuto possibile e/o in quelli in cui sia espressamente previsto in provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria;
3. valutazione, diagnosi, trattamenti di riabilitazione, anche con approccio riabilitativo globale multidisciplinare, sostegno psicologico e psicoterapeutico, per i minori a rischio e/o a disagio (anche per disabilità o patologie) e/o vittima di maltrattamento e trascuratezza e/o con Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI), che presentino deficit psico-sensoriali e/o disarmonie nella sfera psico-affettiva e/o turbe comportamentali;
4. attività di prevenzione del disagio e del maltrattamento dei bambini attraverso un servizio multicanale di informazione, formazione, sensibilizzazione e consulenza aperto alle famiglie, agli operatori sanitari, scolastici, di giustizia, forze dell'ordine, agli enti pubblici e privati, alle comunità locali;
5. assistenza psicologica specialistica alle famiglie affidatarie e adottive per il tramite delle équipes territoriali;
6. consulenza ai servizi socio-assistenziali territoriali, alle strutture sanitarie, ai pronto soccorsi presso gli ospedali, alle forze dell'ordine, alla magistratura, alle scuole, per tutti i casi di certo o sospetto maltrattamento, abuso sessuale o grave trascuratezza nei confronti dei minori;
7. "spazio neutro" consistente in presa in carico durante gli incontri per le famiglie con forte conflittualità fra i genitori;
8. servizio di audizione protetta di minori, con l'assistenza del personale sanitario del progetto, a favore dei Tribunali abruzzesi e dei Consulenti tecnici incaricati.

Le prestazioni riabilitative, psicologiche e psicoterapeutiche possono essere erogate a regime ambulatoriale, extramurale, domiciliare, in forma individuale o di gruppo.

Gli interventi di riabilitazione vengono svolti secondo quanto previsto dal Documento di Linee-Guida per la Riabilitazione, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 7 maggio 1998.



Progetto pilota obiettivo di interventi sanitari per minori a rischio e loro famiglie – Anno 2010

Le prestazioni erogate sono altresì individuate nel *Regolamento Interno sulle Attività Sanitarie del Centro "Primavera"* inviato, ai sensi della delib. G.R.A. n. 893 del 18.04.1997, alla Regione Abruzzo e all'AUSL di Teramo.

4. MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Gli interventi sanitari specialistici vengono erogati a favore di

- a) minori, adulti e/o famiglie, inviati dai Servizi socio-sanitari pubblici e privati, dai medici o pediatri di famiglia, dai medici convenzionati o di medicina specialistica, dai presidi e distretti sanitari territoriali, dalle Agenzie educative o di tutela e/o dal Tribunale per i minorenni, dalle Forze dell'ordine, previo accertamento diagnostico del Centro sulla rispondenza fra bisogni dell'utente e servizi erogati;
- b) minori affidati dal Tribunale per i minorenni alle comunità "Madre Ester", al "Nido del Focolare", alla comunità "Focolare" e loro famiglie;
- c) minori in stato di disagio psicologico o disabili ai fini della prevenzione del disagio e dell'abuso.

Gli interventi a carattere di prevenzione e consulenziali per i casi di disagio grave e abuso vengono erogati a favore delle strutture socio-assistenziali ed educative pubbliche e private territoriali.

5. STRUTTURA ORGANIZZATIVA E RISORSE UMANE

Il progetto si avvale della collaborazione di diverse figure professionali, a seconda delle tipologie di intervento individuate.

Per l'ambito clinico-riabilitativo e terapeutico, il progetto è gestito da tre team, sotto la direzione sanitaria del Centro "Primavera", distinti in

TEAM DI RIABILITAZIONE - formato secondo gli standards di personale di cui alla circolare del Ministero della Sanità n. 500.6/AG 1105/1171 del 07.06.1984 e la tariffazione delle prestazioni adottata con verbale n. 157/2 del Consiglio Regionale d'Abruzzo nella seduta del 21 dicembre 2004;

TEAM DI PROTEZIONE - formato da figure professionali specialistiche per l'intervento clinico di tipo multifattoriale integrato per la diagnosi e la terapia nei casi di violenza ed abuso sessuale, quali psicologo, psicoterapeuta, assistente sociale, ortopedico, ginecologo, pediatra, avvocato, medico-legale, neurologo e/o neuropsichiatra e figure specialistiche richieste, a seconda della specificità dei casi;

TEAM DI PREVENZIONE - formato da figure professionali per l'intervento clinico di valutazione, diagnosi e terapia per i casi di maltrattamento, trascuratezza, grave disagio, quali psicologo, psicoterapeuta, assistente sociale ed altre figure specialistiche, a seconda delle dimensioni e della

Progetto pilota obiettivo di interventi sanitari per minori a rischio e loro famiglie – Anno 2010

tipologia del danno alla salute che si è prodotto ed a seconda delle necessità del caso.

I team sono diretti dal responsabile generale di progetto e dal direttore medico del Centro "Primavera", e coordinati da referenti interni a ciascun team. Il numero delle figure e l'organizzazione interna di ciascun team vengono definite, in base a principi di flessibilità, a seconda dei volumi di attività per ogni tipologia di prestazioni, delle richieste dell'utenza, delle liste di attesa.

I team possono altresì avvalersi di figure di consulenza e supervisione dell'attività, di ricercatori e di formatori, anche per lo svolgimento delle attività di ricerca, formazione ed aggiornamento di cui al successivo punto 6.

Per l'ambito amministrativo, il progetto è affidato ad un responsabile generale, alla consulenza e supervisione specialistica di un esperto di progettazione socio-sanitaria, assistiti da un Settore Tecnico-Amministrativo e da un esperto della Gestione Qualità per l'aggiornamento del Manuale di qualità del progetto, il monitoraggio degli indicatori e la valutazione di raggiungimento degli obiettivi.

Tutti gli operatori sono dotati di titolo professionale abilitante alla professione esercitata, laddove previsti, secondo le normative vigenti in materia.

Il progetto deve altresì garantire, anche tramite apposite convenzioni, il continuo aggiornamento delle procedure relative alla certificazione di qualità, di cui è in possesso, della relativa carta dei servizi, degli strumenti di tutela della privacy degli utenti.

6. RICERCA, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

La formazione e l'aggiornamento del personale consistono in percorsi seminariali specialistici per le figure di progetto e per ciascun team, aperti anche all'esterno ed accreditati ECM, e prevedono anche stage e scambi di conoscenze ed esperienze con altri centri clinici di livello nazionale.

I team possono condurre attività di ricerca sanitaria specialistica ed epidemiologica sulle diverse tipologie di abuso e sulle conseguenze che ne derivano alla salute, nonché sulle nuove tecniche di cura.

Sono previsti incontri di sensibilizzazione e di informazione con servizi sociali, servizi sanitari e scuole, enti che collaborano alla rete di cui al presente progetto, comunità, volontari, per una migliore sorveglianza, rilevazione e segnalazione degli abusi e dei casi di grave disagio, per la conoscenza delle diverse tipologie di abuso e delle loro conseguenze sulla salute e per una pronta prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

7. COSTI



Progetto pilota obiettivo di interventi sanitari per minori a rischio e loro famiglie – Anno 2010

Il costo complessivo del progetto per l'annualità 2010, invariato rispetto alle precedenti annualità, è pari ad € 516.456,00, così suddivisi:

Costi	Totale
Team A Prestazioni di riabilitazione integrata (n. 6000 annue x € 41,51 – Tariffazione di cui alla Delibera del Consiglio Regionale d'Abruzzo n. 157/2 del 21 dicembre 2004)	€ 249.060
Team B e C – Attività psicologica e psicoterapeutica - Costo del personale	€ 227.396
Spese generali e di funzionamento	€ 40.000
Totale Progetto	€ 516.456,00



S/DC18
P



CONSIGLIO REGIONALE

Direzione Affari Presidenza e Legislativi
Servizio Affari Assembleari
Ufficio 5° e 6° Commissione

67100 L'Aquila, 17 GIU. 2010
Via M. Jacobucci, 4

Prot. N. 9606
Risposta a nota n.
del
Allegati n.

OGGETTO: Parere n 20/P/09 – D.G.R. n. 394/P del 17 maggio 2010 – “Azienda USL di Teramo – Art. 6 della Legge Finanziaria regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 – Rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale”.

Al Dirigente Servizio Affari della Giunta
Via Leonardo da Vinci
Palazzo SILONE
L'AQUILA

e, p.c.:

Alla Direzione Politiche della Salute
Servizio Assistenza Distrettuale,
Riabilitativa, Medicina Sociale e Attività
Sanitaria Territoriale
Via Conte di Ruvo
PESCARA

Al Sig. Presidente
Consiglio regionale
SEDE

REGIONE ABRUZZO
Direzione Politiche della Salute - Pescara
17 GIU. 2010
Posiz. 1178 / S-18

Si trasmette, ai sensi del 2° comma dell'art.2, della l.r. n. 32/1996, il parere indicato in oggetto per i successivi adempimenti.

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE
Dr.ssa Vicentina TERIO
vicentina terio



Mod. D 2

RITENUTO di condividere le motivazioni ed il contenuto della deliberazione come proposti dalla Giunta regionale;

per le motivazioni in premessa, all'unanimità dei Commissari presenti con voti 35.

DECIDE

- di esprimere parere favorevole in ordine alla deliberazione n. 394/P del 17 maggio 2010, nel testo proposto dalla Giunta regionale;
- di trasmettere la presente decisione al Servizio Affari della Giunta regionale per i successivi adempimenti, ai sensi del comma 2° dell'art.2, della L.r. 32/1996.

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO F.F.

(Emilio IAMPIERI)



IL PRESIDENTE

(Dr.ssa Nicoletta VERI)





Centro Riabilitativo Polivalente
"PRIMAVERA"

REGIONE ABRUZZO AZIENDA U.S.L. - TERAMO ASSISTENZA SANITARIA IN BASE
12 MAR. 2010
Prot. n. 645

Preg.mo Signor
Direttore Generale Azienda USL di
Teramo
Dr. Mario Molinari
Circonvallazione Ragusa - **64100**
TERAMO

→ e, p.c., Preg.mo Signor
Direttore Dipartimento A.S.T.
Dr. Valerio Profeta
Circonvallazione Ragusa - **64100**
TERAMO

PROT. 297/2010

Scerne di Pineto, 9 marzo 2010 – RACCOMANDATA A.R.

Oggetto: Progetto pilota obiettivo di interventi sanitari in favore dei minori a rischio e loro famiglie per l'annualità 2010.

Egregio Signor Direttore Generale,

facendo seguito al precedente progetto ed in continuità con lo stesso, siamo a proporre, in allegato, il progetto pilota obiettivo di interventi sanitari in favore dei minori a rischio e loro famiglie per l'anno 2010 da proporre all'attenzione della Giunta Regionale, anche al fine di poter assicurare le prestazioni di livello essenziale ai minori in carico in continuità con le annualità precedenti.

In attesa di un Vostro riscontro a riguardo e restando sempre a disposizione per fornire ogni altra utile informazione e documentazione, porgiamo i migliori ossequi.

Il Presidente Legale Rappresentante
Santia Pepe



DELIBERAZIONE 17.05.2010, n. 395/P:

Azienda USL di Teramo - art. 6 della Legge Finanziaria Regionale n. 1 del 9 gennaio 2010- rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale.

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che l'art. 6 della legge regionale n. 1 del 9/01/2010 (finanziaria 2010) dispone quanto segue:

- 1) "Al fine di consentire la completa realizzazione di progetti regionali e nazionali e di garantire le quote di finanziamento dei progetti con cofinanziamento statale, la Giunta Regionale, attraverso la Direzione Politiche della Salute, previo parere della competente Commissione Consiliare, procede alla rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale.
- 2) La rimodulazione è disposta, previa verifica delle partite di bilancio, dalla Giunta Regionale, tramite la Direzione Politiche della Salute, mediante reiscrizione degli importi da riscrivere e riprogrammare sul capitolo di spesa 12.01.004 – 81519”;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. DG7/06 dell'8/03/2010 con la quale sono stati disimpegnati residui passivi perenti sul Capitolo 81519 e contestuale richiesta di reiscrizione;

Vista la Determinazione Dirigenziale n. DB8/23 del 24/03/2010 con la quale il Dirigente del Servizio Bilancio ha autorizzato la reiscrizione in bilancio di economie vincolate tra cui il finanziamento progetti regionali di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 662/96 sul capitolo 81519, così come richiesto con Determinazione Dirigenziale DG7/06 dell'8/03/2010;

Vista la nota n. 5521/10 del 23/03/2010 con la quale il Direttore Generale della ASL di Teramo ha chiesto il finanziamento per l'anno

2010 di un progetto sperimentale “Verso l'Autonomia dalla riabilitazione all'abilitazione”, allegandone la relativa copia, per un importo pari ad € 500.000,00 (cinquecentomila/00), da realizzare attraverso la Fondazione Anffas di Teramo, al fine di sperimentare nuove forme di intervento in favore di soggetti con handicap fisico e psichico, tese soprattutto all'acquisizione di abilità che possano consentire una maggiore autonomia;

Considerato che in detta nota la ASL di Teramo evidenzia, altresì, che il progetto rappresenta la naturale evoluzione di una attività di sperimentazione e ricerca, già iniziata dalla Fondazione Anffas nell'anno 2004, che presenta numerosi elementi di innovatività sia sotto il profilo tecnico, sia sotto quello delle finalità;

Preso atto, altresì, che detto progetto propone la pianificazione di una serie di azioni ed interventi assistenziali di tipo integrato, nell'intenzione di rispondere alle esigenze complesse e multifattoriali di persone diversamente abili, attraverso la realizzazione di un modello abilitativo – educativo abilitato a favorire e sostenere l'autonomia della persona;

Dato atto, altresì, che con deliberazione di Giunta Regionale n. 1761 del 29/12/00 la Fondazione Anffas è stata autorizzata ed accreditata provvisoriamente ad erogare prestazioni riabilitative ex art. 26 della legge 833/78;

Ritenuto, pertanto, di dover procedere, per le motivazioni sopra rappresentate, all'approvazione del progetto sperimentale “Verso l'Autonomia dalla riabilitazione all'abilitazione” annualità 2010, così come richiesto dal Direttore Generale della ASL di Teramo con nota n. 5521/10 del 23/03/2010;

Rilevato che l'onere derivante dalla realizzazione del presente progetto, pari ad € 500.000,00, trova copertura finanziaria sul cap. di spesa n. 81519 del corrente bilancio regionale;

Dato atto che la presente proposta di delibe-

razione comporta onere finanziario a carico del bilancio regionale a cui si intende far fronte con le modalità sopra specificate;

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

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente riportate

- 1) di approvare per l'anno 2010 il progetto sperimentale "Verso l'Autonomia dalla riabilitazione all'abilitazione", allegato al presente provvedimento, per un importo pari ad € 500.000,00 (cinquecentomila/00), così come richiesto dal Direttore Generale dell'ASL di Teramo con nota n. 5521/10 del 23/03/2010;
- 2) di dare atto che, la somma di €. 500.000,00 (cinquecentomila/00), per la realizzazione del progetto in questione, trova capienza sul capitolo 81519 concernente "Finanziamento progetti regionali di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 662/96" del bilancio corrente esercizio;
- 3) di assegnare la predetta somma di € 500.000,00 (cinquecentomila/00), finalizzata alla realizzazione del progetto di che trattasi, alla USL di Teramo;
- 4) di precisare che la suddetta assegnazione dovrà formare oggetto di una specifica rendicontazione e di una relazione dettagliata sulla completa realizzazione del progetto in

parola da parte della ASL di Teramo, da inviare alla fine dell'annualità, al Servizio "Assistenza Distrettuale, Riabilitativa e Medicina Sociale" rectius "Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale" della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo;

- 5) di autorizzare l'Azienda U.S.L. di Teramo, a provvedere alla stipula di apposita convenzione con la Fondazione Anffas di Teramo per la realizzazione del progetto in parola ed a trasferire alla stessa le predette risorse finanziarie;
- 6) di dare mandato all'Azienda U.S.L. di Teramo di verificare periodicamente, mediante visite ispettive, il regolare svolgimento del presente Progetto e di rimettere alla Direzione Politiche della Salute – Servizio "Assistenza Distrettuale, Riabilitativa e Medicina Sociale" rectius "Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale" l'esito delle verifiche;
- 7) di stabilire che l'assunzione degli atti consequenziali necessari per l'attuazione del presente provvedimento è demandato al Dirigente del Servizio "Assistenza Distrettuale Riabilitativa, Medicina Sociale e Attività Sanitaria Territoriale" rectius "Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale" della Direzione Politiche della Salute;
- 8) di dare atto che l'esecutività del presente provvedimento è subordinato al parere della competente V Commissione Consiliare del Consiglio Regionale;
- 9) di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Seguono allegati



Ente Operativa

DIREZIONE GENERALE

Ab n. 1

ASL TERAMO PROT. SEDE CENTRALE
Posta in Partenza



Profil. nr. 0005521/10 del 23/03/2010

S/REG
R

Ill.mo ASSESSORE REGIONALE
Direzione di Sanità
Via Conte di Ruvo, 74
65100 PESCARA

Oggetto: Fondazione ANFFAS ONLUS di Teramo - proposta di finanziamento di un progetto sperimentale.

Il Presidente della Fondazione ANFFAS ONLUS di Teramo ha inviato alla scrivente A.S.L. un progetto sperimentale di implementazione di attività riabilitative con elevato carattere innovativo.

La Fondazione, com'è noto, gestisce un Centro di Riabilitazione ex art. 26 presso locali di proprietà della A.S.L. di Teramo.

A fianco alla consueta attività riabilitativa il Centro in questione ha in animo di sperimentare nuove forme di intervento in favore di soggetti con handicap fisico e psichico tese soprattutto all'acquisizione di abilità che possano consentire una maggiore autonomia.

Il progetto rappresenta la naturale evoluzione di un'attività di sperimentazione e ricerca già iniziata dalla Fondazione nel 2004 e, in effetti, presenta numerosi elementi di innovatività sia sotto il profilo tecnico, sia sotto quello delle finalità.

Si richiede, pertanto, che codesta Regione prenda in considerazione l'opportunità di concedere un apposito finanziamento alla A.S.L. di Teramo, per far fronte agli impegni economici derivanti dall'implementazione del progetto.

L'ammontare del finanziamento richiesto è pari a € 500.000,00 come meglio specificato nel quadro economico allegato al progetto.

Certi di una benevola accoglienza.
Cordiali saluti.

Documento composto da n. 36 facciate.
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 395/P del 17 MAG. 2010
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Bariani)

Il Direttore del Dipartimento A.S.T.
(Dott. Valerio F. Profeta)

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Pescara, il 1/5/2010

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

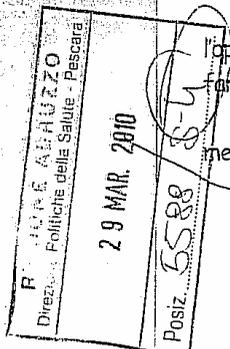
Dr. Luciano



IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Maria Molinari)

[Signature]



PRENOTAZIONI TELEFONICHE
NUMERO VERDE
800-010111
centralino 0861/4291



FONDAZIONE
ANFFAS-ONLUS TERAMO
Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale

Prot. n. 17/2010

Egr. Direttore Generale
Dott. Mario Molinari
Direzione Generale
ASL 106 TERAMO
Circ. ne Ragusa, 1
64100 Teramo

p.c. → Egr. Responsabile
Dr. Valerio Profeta
Dip. to Assistenza Territoriale
ASL 106 TERAMO
Circ. ne Ragusa, 1
64100 Teramo

Teramo, li 9 marzo 2010

Oggetto: Progetto Sperimentale "Verso l'Autonomia" dalla riabilitazione all'abilitazione.

Egregio Direttore Generale,

con la presente la scrivente Fondazione propone alla Vostra cortese attenzione l'allegato elaborato riferito al Progetto Sperimentale denominato "Verso l'Autonomia" dalla riabilitazione all'abilitazione.

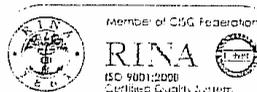
L'iniziativa progettuale in oggetto propone la pianificazione di una serie di azioni ed interventi assistenziali di tipo integrato nell'intenzione di rispondere alle esigenze complesse e multifattoriali di persone diversamente abili attraverso la realizzazione di un modello abilitativo - educativo abilitato a favorire e sostenere l'autonomia della persona.

Confidando nella positiva accoglienza e finanziabilità della proposta, disponibili per ulteriori chiarimenti, porgiamo distinti saluti.

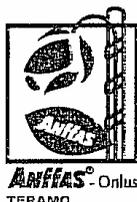
FONDAZIONE
Anffas-Onlus Teramo
~~Il Presidente~~
(Dr. Ercole D'Annunzio)

Allegati:

1. Elaborato progettuale.



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - 64020 Sant'Atto - Teramo
Tel. 0861 58119 - Fax: 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310678
Personalità Giuridica D. P. G. R. n. 158 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it



FONDAZIONE

Anffas[®] - Onlus TERAMO

Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale

Progetto Sperimentale

Verso L'Autonomia

DALLA RIABILITAZIONE ALL'ABILITAZIONE



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia - Dalla riabilitazione all'abilitazione

Indice

1. Introduzione
2. Mission progettuale
3. Tra riabilitazione ed abilitazione: stato dell'arte della letteratura scientifica di riferimento
4. Finalità ed ambito dell'intervento
5. Normativa di riferimento
6. Obiettivi
7. Modalità operative
 - 7.1 Destinatari e riferimento territoriale
 - 7.2 Equipe professionale
 - 7.3 Indicatori di rivalutazione
 - 7.4 Fasi e tempi di attuazione
8. Partnership e funzioni
9. Costi di progetto
10. Scheda progettuale
11. Appendice bibliografica



2



FONDAZIONE
ANFAS ONIUS TERAMO
Digitalizzazione, Promozione e Sviluppo Sociale



Fondazione Anfas-Onius Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 58119 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personalità
Giuridica D. F. G. R. n. 158 del 11/09/2002
Site Web www.anfasteramo.it - E-mail: segreteria@anfasteramo.it

Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia - Dalla riabilitazione all'abilitazione



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

1. Introduzione

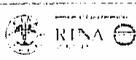
Il desiderio di "rappresentare" la realtà globale delle persone in condizione di disabilità, attraverso lo sguardo attento ai bisogni coniugato con la praticabilità delle risorse attivabili, oltre a caratterizzare l'operatività della Fondazione Anffas-Onlus Teramo, guida l'ideazione e l'allestimento di servizi sempre più aderenti alle esigenze incontrate. Il lungo cammino percorso nella conduzione del Centro di Riabilitazione "Sant'Atto" e di diverse iniziative progettuali, l'introduzione di risposte innovative, l'ampliamento dei settori, la diversificazione dei compiti, hanno favorito una parallela crescita di "esigenti" conoscenze la cui impossibile sottovalutazione costituisce il vettore per ulteriori possibilità ideative e per realizzazioni più evolute.

Nel percorso di ricerca della migliore accoglienza socio – sanitaria dei bisogni delle persone, importanti e determinanti paletti operativi, derivanti dalle novità scientifiche e connesse al territorio, sono posti dalle risorse economiche e dalle legittimità legislative attribuite ai servizi stessi. Del resto dall'intensa esperienza riabilitativa già maturata esita l'urgente consapevolezza del bisogno di autonomizzazione vissuto dalle persone in condizione di disabilità. La direzione scientifica emergente dalla letteratura di settore, unitamente alla realtà del territorio, sostiene peraltro la strutturazione educativa – scientifica di percorsi abilitativi, funzionali alla potenzialità dell'indipendenza acquisibile. Conferire alle persone la possibilità di sperimentare una "rinnovata" autonomia significa del resto ridurre i danni sanitari personali, i costi economici necessari per l'assistenza e la cura della persona stessa.

Completare i progetti riabilitativi con efficienti programmi di autonomia diventa l'obbiettivo del presente progetto sperimentale che intende coniugare i risultati realizzati attraverso gli itinerari sanitari con lo sviluppo di competenze psico-fisiche utili alla conduzione di una vita più possibile autonoma. Risulta evidente la ricaduta diretta di tale impegno progettuale sia sulla qualità della vita persona dei



FONDAZIONE
Anffas Onlus TERAMO
ONG ITALIANA PER LA LUCE DELLA MENTE



Fondazione Anffas-Onlus Teramo – F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel: 0861 58119 - Fax 0861 585457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310678 Personalità
Giuridica D. P. G. R. n. 158 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

potenziali beneficiari, sia sul peso socio-economico immediato e a lungo termine per il territorio.

L'offerta di tutela della persona in condizione di disabilità, realizzabile attraverso processi di educazione e socializzazione al fine dell'inclusione partecipata nella società civile, costituisce il target operativo del percorso progettuale in oggetto, sostenuto anche dalle disposizioni legislative introdotte dall'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie (DPCM 14/02/2001). L'esercizio della terapia occupazionale, la facilitazione delle acquisizioni tramite l'adeguamento strutturale nonché la sperimentazione di competenze individuali supportate logisticamente, guidano già le attività educative avendo accolto il solerte sollecito nelle Linee Guida Nazionali sulla Riabilitazione emanate dal Ministero della Sanità, curate e sostenute dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER). Tuttavia nella quotidiana pratica riabilitativa il primato della restitutio ad integrum pesa ancora fortemente sulle attese dell'utente beneficiario e sui suoi cari, determinando una sottovalutazione motivazionale circa gli obiettivi dell' "alternativa funzionale". L'esigenza di una cultura della salute capace di valutare le funzionalità anziché "le regolarità" riconduce ad un processo di sensibilizzazione culturale e coinvolgimento sociale capace di favorire la percezione del benessere dell'azione quando essa è esito di volontà ed efficacia e in quanto tale produttrice di soddisfazione personale.

Sicuri della profondità delle questioni in gioco, dinamiche umane e posizioni scientifiche meritevoli di esaustiva argomentazione, per la migliore comprensione della proposta abbiamo inteso organizzare il presente elaborato in distinti capitoli, ciascuno riferito agli aspetti peculiari che caratterizzeranno l'iniziativa in proposta. Pertanto saranno esaminati contenuti di carattere generale - principi ispiratori, normativa di riferimento, soggetti attivi - unitamente ad aspetti più specifici relativi alle finalità, obiettivi, attori e destinatari, tempi e procedure, costi preventivi di progetto.



FONDAZIONE
Anffas - Onlus TERAMO
Struttura di riferimento per la cura e la riabilitazione di persone con disabilità



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F. ne Sent'Atto - 64100 Teramo
Tel: 0861 58119 - Fax: 0861 586457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personalità
Giuridica D. P. G. E. n. 156 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia - Dalla riabilitazione all'abilitazione

2. Mission progettuale

L'esperienza maturata nel corso degli anni nell'ambito della disabilità, raccoglie e sollecita l'idea di un nuovo servizio, capace di offrire risposte globali e differenziate ai bisogni della Persona durante l'intero arco della vita.

Focalizzando l'attenzione sulla fascia d'età giovanile si evidenzia un vuoto nella gestione del **tempo** della persona diversamente abile, ancora troppo poco garantita. Verifichiamo, infatti, che trascorsa la fase di scolarizzazione, indubbiamente importante quale prima occasione di socializzazione e relazione, si genera una "pausa" di attività e di rapporti decisamente penalizzante per la necessaria e completa crescita individuale. In questa condizione di "pausa" si assiste spesso ad un aggravamento delle dinamiche familiari: il confine domestico, vissuto in una condizione di quasi esclusività e molte volte non adeguato alle specifiche necessità, diventa generatore di uno stallo di crescita e di sviluppo. L'esito dello **stallo** pesa, con la stessa ingravescente penalizzazione anche nella vita della persona con acquisizioni di disabilità in età adulta. La stessa vita molto spesso si ferma in un **tempo** incapace di definire ruoli e capacità diversi da quelli generalizzati del "malato", strutturando inevitabilmente dipendenze ingiustificate e difficilmente reversibili.

Tali considerazioni motivano, quindi, l'individuazione di servizi ed iniziative che, intese a realizzare l'obiettivo aggiornamento sulla realtà individuale, siano capaci di offrire aperte e spontanee occasioni di relazione sociale, libertà di movimento e d'iniziativa, nonché tutelare la dignità evolutiva di ogni persona.

A tale proposito è possibile pensare ad un "Luogo" d'incontro e servizio ove sia possibile esercitare attività più o meno impegnative comunque indirizzate al target **autonomia**: dal semplice confronto con l'altro, alla prova delle proprie capacità nell'attività motoria, nel gioco cognitivo o sportivo, dalle esperienze in ambito laboratoriale, ad iniziative extra murali (uscite, visite paesaggistiche, etc.), esercizi funzionali alla scoperta e valorizzazione dell'Io, attrimenti oscurato dalle dinamiche



FONDAZIONE
ANFAS-ONLUS TERAMO
Organizzazione Non Profit di Interesse Sociale



Fondazione Anfas-Onlus Teramo - F. ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 581115 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personalità
Giuridica D. P. G. R. n. 156 del 11/09/2003
Site Web: www.anfasteramo.it - E-mail: segreteria@anfasteramo.it



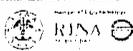
Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

anche inconsapevolmente irrispettose.

La presente iniziativa progettuale, articolata sulla necessità/opportunità di pianificare azioni ed interventi assistenziali di tipo integrato e nell'intenzione di rispondere alle esigenze complesse e multifattoriali di persone diversamente abili propone l'attivazione di un servizio finalizzato alla sperimentazione dell'autonomia da ubicarsi all'interno di una struttura sita in località S. Atto di Teramo, dotata di tutti i requisiti tecnico – strutturali necessari per l'esercizio delle azioni progettate.



FONDAZIONE
Anffas ONLUS TERAMO
Società di Servizi Sociali



Fondazione Anffas-Onlus Teramo – F.ne Sant'Atto – 64100 Teramo
Tel. 0861 56119 - Fax 0861 506457 - Codice Fiscale e Partita IVA 01473330676 Personale
Giuridica D. F. E. R. n. 15F del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

3. Tra riabilitazione ed abilitazione: stato dell'arte e letteratura scientifica di riferimento

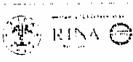
La ricerca dell'autonomia che guida la spinta individuale di tutte le persone nell'arco della propria vita realizzando così il processo di formazione ed espressione dell'identità personale, subisce nell'avventura umana scandita dalla disabilità una, momentanea o permanente, battuta d'arresto conferendo alla persona stessa un ritmo di vita, biologico e psicologico, funzionale allo stallo e alla patologia più che all'evoluzione globale. La scoperta delle reazioni individuali che affiancano e colorano la presenza del disturbo fisico ha condotto la medicina moderna ad adottare l'approccio olistico nella considerazione del determinante equilibrio fra ambiente – uomo – attività. Le raggiunte convinzioni sostenute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sul concetto di salute, sancite con l'introduzione dell'ICF (2001), esigono quali utili misure di benessere le valutazioni di autonomia ed integrazione sociale per ogni individuo, indipendentemente dalla condizione fisica. La consapevolezza delle limitazioni dei programmi riabilitativi quando non tutti i freni fisici / psichici alla libertà sono stati rimossi, ma piuttosto quelli presenti nell'ambiente continuano a ridurre gli spazi di autonomia personale, sostiene e giustifica il ruolo educativo / creativo della terapia occupazionale che, integrando le abilità possedute dalla persona ed esaminando le risorse dell'ambiente, confeziona in ottica multidimensionale un programma operativo per sperimentare con la persona stessa modalità alternative di vita.

La letteratura internazionale mostra i vantaggi, in termini scientifici, umani ed economici, dell'adozione di un sistema educativo – abilitativo ispirato ai principi della terapia occupazionale.

Nella specificità del presente progetto guidato dalla bibliografia scientifica, comprese le esperienze attuative nazionali ed estere, la necessità di sperimentare ulteriori spazi di crescita individuali per le persone la cui vita con disabilità può varcare orizzonti di ulteriore benessere, diventa il target operativo di tutta l'impalcatura sperimentale del progetto stesso.



FONDAZIONE
Anffas ONLUS TERAMO
Cooperazione Non Lucrativa di Abilità Personale



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F. ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel: 0861 56115 - Fax: 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personale
Giuridica D. P. G. R. n. 156 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

La definizione sempre più affinata del ruolo professionale del terapeuta occupazionale, esito di un parallelo processo di riconoscimento circa la **modificabilità evolutiva** della persona con disabilità, ha prodotto una vasta bibliografia operativa di strumenti valutativi con cui il terapeuta occupazionale stesso, e con lui l'Equipe, ordina misura, valuta le performance e le capacità con cui la persona si esprime, compresi desideri ed unicità, e con la stessa gerarchizza i compiti educativi per programmare l'acquisizione di performance innovative.

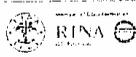
La sempre maggiore definizione dei bisogni dell'individuo, l'affinamento del concetto di riabilitazione ed abilitazione corrispondono all'evidenza di un processo educativo necessario per lo sviluppo delle competenze della persona disabile: **apprendere modalità e recuperare spazi di attività individuali che esprimano l'esistenza identitaria e la tendenza concreta alla libertà d'azione.**

Tali finalità hanno animato, fin dagli esordi, il percorso di riconoscimento ed evoluzione della terapia occupazionale.

Sconosciuta in Italia prima degli anni '70, inizialmente assimilata nel percorso formativo dei fisioterapisti, successivamente distinta ma concepita in strettissima collaborazione, nel 1997 riconosciuta in un suo preciso profilo professionale, oggi la figura operativa del terapeuta occupazionale corrisponde a "un operatore sanitario che opera nell'ambito della cura prevenzione e riabilitazione di soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici, sia come disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive ludiche manuali rappresentative della vita quotidiana. Egli su prescrizione medica effettua la valutazione funzionale e psicologica ed elabora in Equipe il programma riabilitativo volto al superamento dei bisogni del disabile e il suo avviamento verso l'autonomia ed il suo reinserimento in società, partecipa alla scelta e all'ideazione di ausili e ortesi, propone modifiche dell'ambiente di vita dell'utente per poter raggiungere il livello massimo di autonomia, verifica i risultati raggiunti in relazione al programma riabilitativo, svolge attività di studio e ricerca, contribuisce alla formazione del personale, svolge la professione in strutture pubbliche o private in regime di



FONDAZIONE
Anffas - Onlus Teramo
L'Associazione Italiana delle Associazioni di Terapie Occupazionali



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 56119 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personalità
Giuridica di P. G. R. n. 156 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - Email: segreteria@anffasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

dipendenza o libera professione". L'approccio bio – psico – sociale che sostiene la medicina odierna e guida gli approcci di cura trova nel compito occupazionale la strada per perseguire l'obiettivo di benessere della persona.

La ricerca di tutte le forme di indipendenza si coniuga significativamente con l'adozione di innovative risposte ai bisogni umani e su questi incentra lo sforzo di strutturare prassi, metodi ed azioni valide all'incontro "terapeutico" con la persona in condizioni di disabilità. Seppur giovane la terapia occupazionale possiede già una vasta letteratura e si avvale di diversi strumenti operativi che ispirati ai concetti di globalità, mirano ad ordinare le azioni professionali e a verificare la specificità. Citiamo in questa sede gli strumenti elettivi che nel progetto, nella discrezionalità dell'Equipe che ne valuterà l'utilizzo migliore per il singolo destinatario, costituiscono il patrimonio tecnico – culturale nonché la pista operativa per realizzare i progetti individuali.

Sottolineando intenzionalmente l'avvento dell'ICF nella concezione rinnovata della realtà della salute e della malattia, in logica conseguenza fra gli strumenti in dotazione culturale ed operativa del servizio in progetto segnaliamo:

- **Modello Canadese di Performance Occupazionale (COPM) del 1997**

L'approccio teorico si basa sulla performance: capacità di scegliere, organizzare svolgere in modo soddisfacente attività significative per il proprio contesto culturale, adeguate all'età così da provvedere a se stessi, provare gioia nel vivere, e contribuire alla vita economica e sociale della comunità. La convinzione di fondo di tutto l'approccio considera la performance occupazionale quale interazione dinamica fra la persona, l'ambiente e l'attività. L'equilibrio fra le tre aree definisce la qualità di vita, il benessere.

Il COPM è uno strumento di misurazione individualizzato e utilizza un'intervista semistrutturata per mettere in evidenza i cambiamenti percepiti nel tempo dalla persona riguardo alla propria performance occupazionale. Il ruolo attribuito al protagonista destinatario dell'intervista è completato da un'analisi fattoriale in cui i partners del lavoro di programmazione si accertano della motivazione, del livello

10



FONDAZIONE
Anffas Onlus TERAMO
Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale



CONFERENZA REGIONALE
RINA
RIFORMA
INTEGRATA

Fondazione Anffas-Onlus Teramo – F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 56115 - Fax 0861 586457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personalità
Giuridica E. F. G. R. n. 156 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

del pensiero, nonché della motricità e su tali basi, articolate in condivise valutazioni, gerarchizzano le azioni educative.

Il modello mette l'accento sulla performance negli ambiti di cura di sé, produttività, tempo libero, considera le componenti fisiche, affettive, cognitive in relazione al loro contributo alla performance occupazionale.

Il COPM non è specifico per una determinata patologia; contiene le proprietà di misurazione come l'affidabilità, la rispondenza e la validità. Risulta inoltre praticabile per quanto riguarda forma, somministrazione, tempo e facilità di attribuzione del punteggio ed accettabilità da parte del destinatario / beneficiario.

In anni più recenti è stata redatta una forma del modello dedicata ai bambini fra i 6 e i 10 anni che corrobora la formazione degli operatori, ma di cui al momento nel presente progetto non si prevede l'uso.

- **Modello di Occupazione Umana (MOHO) del 1995**

Il modello nasce con lo scopo di offrire una comprensione più profonda dell'occupazione nella vita umana e il suo ruolo nella salute e nella malattia.

Focalizzato sulle scelte operate dalle persone nel compiere il comportamento occupazionale quotidiano, tiene conto delle caratteristiche dell'individuo, dell'ambiente, analizza tre elementi principali che diventano indicatori di valutazione individuale, propone un'analisi particolareggiata della natura dell'ambiente e della sua influenza. L'individuo è considerato un sistema aperto: l'interazione con l'ambiente cambia e mantiene la sua struttura e le funzioni del sistema.

All'interno della persona agiscono in modo determinante: la motivazione, l'ambiente, la performance. Il modello possiede la sua specifica articolazione che allarga la visuale circa la variazione di funzionamento individuale, ma non possiede una strutturazione in protocolli di intervento, pertanto, nel percorso operativo a cura del servizio in questa sede progettato, rappresenta il fondamento concettuale per il processo ragionato attraverso cui il fisioterapista



FONDAZIONE
Anffas Onlus Teramo



IRINA

Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F.ine Sanl'Acto - 64100 Teramo
Tel. 0861 561116 - Fax 0861 586497 - Codice Fiscale e Partita Iva 01475310878 Personale
Giuridica D. P. G. P. n. 154 del 11/09/2005
Site Web: www.anffasiteramo.it E-mail: segreteria@anffasiteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

e/o il terapeuta occupazionale valutano l'individuo e, nell'Equipe, decidono di applicare un approccio olistico di trattamento basato sulle caratteristiche dell'individuo e del suo ambiente.

I modelli segnalati costituiscono sia le basi dell'approccio operativo sia il supporto strumentale per accogliere, agganciare coinvolgere operativamente utenti ed operatori nell'incontro di "cambiamento" delle performance.

Strumenti quali la FIM (misura indipendenza funzionale) , faranno da supporto alla fase valutativa quantitativa e si integreranno alla qualità offerta dell'osservazione diretta e sistematica.

All'Equipe, al suo professionale esercizio è deputata la stesura dei compiti di accompagnamento e attuazione delle prassi, nella diversità e completezza dei sostegni necessari, per cui ogni componente agisce sinergicamente il proprio ruolo.



FONDAZIONE
ANFFAS Onlus Teramo
Organizzazione Non Profit di Utilità Sociale



TRIBUNALE
DI PESCARA

Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel: 0861 56119 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personalità
Giuridica D. P. G. P. n. 126 del 11/05/2005
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it

Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

4. Finalità ed ambito dell'intervento

L'intervento in esame propone la realizzazione di un **modello abilitativo - educativo** mediante l'attivazione del già citato servizio, configurato quale strumento abilitato a favorire, nella continuità dell'arco di vita dell'utente beneficiario, la riunificazione del "passato sanitario" con le necessità psicologiche della crescita ed a sostenere la sua evoluzione verso prospettive di vita adulta il più possibile autonoma, completa e soddisfacente.

La struttura ospitante, recentemente adeguata dalla Fondazione tramite interventi di ristrutturazione ed abbattimento delle barriere architettoniche, offre un'organizzazione logistica, interna ed esterna, favorevole per attività ludico - ricreative, laboratoriali, motorie e di socializzazione, ove sperimentare stadi evolutivi di autonomia personale.

Le attività preventivamente pianificate a seconda della tipologia di handicap degli utenti saranno rivolte e destinate ad un gruppo di numero **20/30 persone diversamente abili** di età giovanile (15 - 50 anni), domiciliati nei Comuni della Provincia di Teramo.

Coerentemente con gli obiettivi che caratterizzano il progetto, successivamente illustrati, le iniziative saranno potenzialmente rivolte a disabilità ascrivibili a **deficit di tipo motorio e cognitivo**, stabilizzati ed esitanti in repertori comportamentali e performance meritevoli di assistenza specialistica e di forte supporto sociale.



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

5. Normativa di riferimento

L'iniziativa progettuale in proposta, dal punto di vista normativo, trova supporto e legittimità nelle disposizioni dell'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio – sanitaria, approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 14 febbraio 2001 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 6 giugno 2001.

Tenuto conto dell'obiettivo primario dell'Atto di Indirizzo, riassumibile nell'intento di favorire la realizzazione di un sistema integrato di interventi socio - sanitari alle persone e alle famiglie al fine di garantire la qualità della vita attraverso scelte operative guidate da specifici criteri quali la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale nonché la durata, il progetto intende sostenere la necessità di servizi erogatori di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, funzionali al supporto della persona in stato di bisogno tale da condizionarne lo stato di salute.

Destinatari prioritari degli obiettivi dichiarati sono, quindi, i soggetti che versano in condizioni di disabilità correlata ad **Isolamento** sociale, dipendenza per carenza di **Autonomia**, limitazioni alla **Partecipazione**. La definizione di obiettivi individuali di sviluppo di competenze autonome di tipo personale, sociale e relazionale, guidata con alta partecipazione della persona utente, protagonista – destinataria – beneficiaria nonché componente primo dell'Equipe multi professionale dedicata, costituisce il modello operativo e metodologico di tutta l'attività progettuale, come già sollecitato Linee Guida Nazionali e di settore medico scientifico.

L'operatività tecnico – metodologica, la sistematicità dell'approccio, l'uso di strumenti di valutazione e il controllo delle restituzioni in termini di evoluzione personale e diminuzione del peso "socio-sanitario" gravante sulla collettività, costituiscono ulteriori prove dirette dell'innovatività di un servizio meritevole di adozione standardizzata nel panorama delle offerte di benessere previste nella Casa della Salute.



FONDAZIONE
Anffas Onlus TERAMO
Organizzazione Non Profit di Utilità Sociale



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F. ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 50119 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 0147331067E Personalità
Giuridica D. F. G. R. n. 156 del 11/09/2002
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it

Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

Siamo convinti che l'iniziativa progettuale, per le finalità e modalità proposte, possa concretamente concorrere a realizzare un sistema integrato di servizi ed azioni alla base del riferimento normativo regionale e nazionale attuale, nonché possa favorire, attraverso le evidenze l'evoluzione della normativa stessa.



15



FONDAZIONE
ANIAS - Onlus Teramo
Organizzazione Non Lucrativa di Interesse Pubblico



Fondazione Anias-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel: 0862 50119 - Fax: 0862 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva: 0147331057E Personale
Giuridico D. F. S. n. 156 del 13/09/2003
Site Web: www.aniasiteramo.it - E-mail: segreteria@aniasiteramo.it

Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

6. Obiettivi

In coerenza con le motivazioni introduttive il servizio in progetto si configura come strumento favorente l'attuazione di un sistema integrato di interventi assistenziali e specialistici, educativo abilitativi, a garanzia di un'adeguata qualità della vita, di sviluppo di competenze autonome, di pari opportunità, di rimozione delle discriminazioni, di prevenzione, di eliminazione o riduzione del disagio.

La complessità dell'intervento non può che avere una grande attesa di risultati da tradurre in precisi obiettivi riferiti alla **Persona** in termini di miglioramento della qualità della vita, di arricchimento delle conoscenze individuali e di sviluppo delle competenze e della coscienza personale; ai **Servizi** con la possibilità di sperimentare e validare una nuova piattaforma sociale, educativa e formativa; al **Territorio** in termini di diffusione culturale e di dotazione di un servizio integrato e globale.

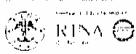
Obiettivo
“La Persona”
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miglioramento della qualità della vita; ▪ Passaggio dalla totale dipendenza alla condizione di autonomia; ▪ Superamento dello stato di isolamento verso la socializzazione; ▪ Riconoscimento del valore personale e sviluppo delle potenzialità; ▪ Valorizzazione delle capacità residue e sviluppo della creatività; ▪ Acquisizione di nuovi modelli relazionali ed operativi; ▪ Crescita degli interessi e delle competenze alternative; ▪ Integrazione tra "vissuto riabilitativo" e "prospettiva abilitativi".



16



FONDAZIONE
ANFAS Onlus Teramo
Organizzazione non lucrativa di utilità sociale



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 56115 - Fax 0861 508457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310678 Personalità
Giuridica D. P. G. R. n. 151 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it

Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

Obiettivo "I Servizi"
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creazione ed avvio di un servizio globale ed integrato comprendente azioni educative, abilitative, riabilitative, formative e socializzanti; ▪ Sperimentazione e validazione di uno standard metodologico ripetibile e trasferibile all'esterno in ambiti pubblici e/o privati; ▪ Individuazione di un modello operativo integrato capace di transitare, con dignità ed efficacia, dal sanitario al sociale.

Obiettivo "Il Territorio"
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spinta e diffusione della cultura di società inclusiva costituita di ricchezze personali "diverse"; ▪ Creazione nel territorio provinciale di un nuovo servizio gratuito per i beneficiari e fondato sui principi di integrazione e globalità;

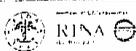
Inoltre le iniziative progettuali si propongono di:

- **Facilitare** il passaggio dal tipico atteggiamento infantile, caratterizzato dalla dipendenza, ad una posizione di giudizio e di autonomia, propria di un percorso di crescita funzionale al benessere longitudinale;
- **Favorire** la socializzazione attraverso il superamento dello stato di isolamento, di stallo emotivo, relazionale e cognitivo sovente vissuto dal giovane diversamente abile;
- **Consentire** il "riconoscimento del Sé" tramite l'integrazione all'interno delle proprie esperienze individuali di elementi psico – emotivi nuovi;

17



FONDAZIONE
Anffas-Onlus TERAMO
Organizzazione non lucrativa di diritto italiano



Fondazione Anffas-Onlus Teramo – F.ne Sant'Atto – 64100 Teramo
Tel: 0861 58119 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personalità
Giuridica D. F. G. R. n. 191 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - Email: segreteria@anffasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

- Permettere la "Differenziazione" attraverso l'utilizzo guidato delle proprie potenzialità di giudizio e di confronto con il contesto sociale allargato;
- Realizzare un percorso educativo teso a favorire l'acquisizione di ulteriori modelli di tipo relazionale ed operativo;
- Creare condizioni funzionali all'integrazione dell'lo, valorizzando le capacità residue e, nel tempo stesso, sostenendo lo sviluppo di competenze alternative;
- Allestire condizioni di valorizzazione del tempo libero capaci di superare il "senso di vuoto" e di "perdita depressiva".
- Attivare ipotesi formative attraverso l'allestimento di opportunità laboratoriali mirate verso l'arricchimento delle capacità e degli interessi personali;
- Sperimentare nel territorio provinciale forme di integrazione socio – sanitaria a completamento dei percorsi riabilitativi e assistenziali esistenti.



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

7. Modalità operative

Le modalità di esercizio del servizio sono caratterizzate da particolari tipologie di attività educative, formative ed esperienziali.

L'approccio pedagogico che guiderà l'azione si avvarrà di interventi di programmazione, di osservazione, di valutazione e di verifica. Parte integrante del patrimonio di base dell'utente, parte inevitabilmente coinvolta nelle performance già acquisite, risulta il vissuto familiare. Indispensabile sarà infatti la conoscenza delle regole operative valide nel contesto domestico, comprese le sostituzioni e le abitudini o omissioni, dinamicamente assunte e/o attribuite ai danni dell'indipendenza possibile. Pertanto nell'accoglienza globale della persona grande ruolo e rilievo rivestono le informazioni riferite e/o osservate circa il funzionamento domestico, informazioni raccolte ed agite dall'Equipe nello specifico delle professionalità incaricate.

Sulla base degli indicatori raccolti e selezionati si procederà a forme di osservazione sistematica dei diversi bisogni, delle esigenze specifiche e delle singole motivazioni al fine di poter programmare interventi mirati relativi a scelte di campo e di azioni.

Sarà promossa la libera partecipazione di singoli, favorendo l'attrazione verso aree di interesse capaci di far emergere il protagonismo del giovane utente.

La proposta progettuale prevede una modulazione delle attività in **5 appuntamenti settimanali** - dal lunedì al venerdì - della **durata di 6 ore** ciascuno.

L'ambiente sede delle attività, sia internamente che esternamente, sarà allestito in aree di attività/interesse capaci di rispondere, nello spazio, a criteri di partecipazione, attivazione e modifica secondo i livelli di crescita e di ricerca effettuate nel tempo direttamente dagli utenti beneficiari :

- **Area AUTONOMIA PERSONALE:** allestita nelle zone dedicate alle funzioni igieniche, dell'alimentazione e dell'abbigliamento;



FONDAZIONE
Anifas Onlus Teramo
Organizzazione Non Lucrativa di Interesse Sociale



Fondazione Anifas-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 501119 - Fax 0861 501457 - Codice Fiscale e Partita IVA 01473310676 Personalità Giuridica D. P. G. R. n. 156 del 11/09/2005
Site Web www.anifasteramo.it - E-mail segreteria@anifasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

7.1 Destinatari e riferimento territoriale.

Il progetto prevede il coinvolgimento di una potenziale utenza rappresentata da un numero di 20 massimo 30 persone disabili di età compresa tra i 15-50 anni domiciliate nei comuni della Provincia di Teramo.

Riferendosi agli obiettivi precedentemente illustrati e, nell'ottico di integrazione e multidisciplinarietà, il target dei beneficiari va ricercato all'interno della realtà giovanile in quanto, a nostro avviso, più di altre necessita di opportunità di tipo psicologico, sociale, educativo e ricreativo, finalizzate all'autonomia nonché alla individuazione dell'identità occupazionale.

Volendo garantire ottime possibilità di integrazione, la tipologia dei disturbi a cui rivolgere il servizio dovrebbe corrispondere a deficit di tipo:

- **Motorio:** inscrivibili in esiti stabilizzati di Paralisi Cerebrali Infantili, e/o nei disturbi da malattie degenerative;
- **Cognitivo:** corrispondenti a Ritardi o Insufficienze Mentali e Psico – Motorie.

7.2 Equipe Professionale

La particolare complessità dell'intervento proposto unitamente al numero degli utenti beneficiari ed alla rispettiva tipologia di disabilità rende necessaria la creazione di un organico di personale qualificato e preparato e dotato delle peculiari capacità umane necessarie per operare con efficacia ed efficienza con le dinamiche socio-sanitarie tipiche dell'affronto della disabilità. Il team individuato verrà propedeuticamente formato per il corretto approccio dell'utente e delle singole attività da svolgere.

A tale proposito è possibile ipotizzare un organico composto dalle seguenti professionalità:

- n. 1 Fisiatra
- n. 1 Psicologo



FONDAZIONE
Anffas Onlus Teramo
Un'Associazione con Loquente di Cultura Essenziale



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 56115 - Fax 0861 588427 - Codice Fiscale e Partita Iva 01472310676 Personale
Giuridico C. F. G. R. n. 15E del 11/09/2002
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: septetera@anffasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

7.1 Destinatari e riferimento territoriale

Il progetto prevede il coinvolgimento di una potenziale utenza rappresentata da un numero di 20 massimo 30 persone disabili di età compresa tra i 15-50 anni domiciliate nei comuni della Provincia di Teramo.

Riferendosi agli obiettivi precedentemente illustrati e, nell'ottica di integrazione e multidisciplinarietà, il target dei beneficiari va ricercato all'interno della realtà giovanile in quanto, a nostro avviso, più di altre necessita di opportunità di tipo psicologico, sociale, educativo e ricreativo, finalizzate all'autonomia nonché alla individuazione dell'identità occupazionale.

Volendo garantire ottime possibilità di integrazione, la tipologia dei disturbi a cui rivolgere il servizio dovrebbe corrispondere a deficit di tipo:

- **Motorio:** inscrivibili in esiti stabilizzati di Paralisi Cerebrali Infantili, e/o nei disturbi da malattie degenerative;
- **Cognitivo:** corrispondenti a Ritardi o Insufficienze Mentali e Psico – Motorie.

7.2 Equipe Professionale

La particolare complessità dell'intervento proposto unitamente al numero degli utenti beneficiari ed alla rispettiva tipologia di disabilità rende necessaria la creazione di un organico di personale qualificato e preparato e dotato delle peculiari capacità umane necessarie per operare con efficacia ed efficienza con le dinamiche socio-sanitarie tipiche dell'affronto della disabilità. Il team individuato verrà propedeuticamente formato per il corretto approccio dell'utente e delle singole attività da svolgere.

A tale proposito è possibile ipotizzare un organico composto dalle seguenti professionalità:

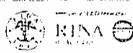
- n. 1 Fisiatra
- n. 1 Psicologo



21



FONDAZIONE
Anffas Onlus Teramo
Impianto Sportivo - Via S. Maria 200100



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 581119 - Fax 0861 586457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personalità
Giuridica D. P. G. R. n. 158 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it

Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia - Dalla riabilitazione all'abilitazione

- n. 1 Assistente Sociale e/o Sociologo
- n. 3 Educatori Professionali e/o Maestri di Laboratorio
- n. 4 Operatori Socio Assistenziali
- n. 1 Psicopedagoga
- n. 1 Fisioterapista e/o Terapista occupazionale

7.3 Indicatori di rivalutazione

Di seguito, unitamente alle aree di attività previste nei singoli laboratori, cuore e motore di ogni prassi, schematizziamo i risultati attesi per ognuna di esse. Sottolineiamo che l'offerta laboratoriale rivolta ai beneficiari è costituita da un ampio contenitore dentro cui il destinatario potrà agire le sue scelte personali nella garanzia del comune impegno circa lo sviluppo d'identità occupazionali. Ognuno di essi potrà indirizzarsi all'area laboratoriale elettiva, nella certezza che l'autonomia praticabile sarà esperita nelle forme più interessanti ed adeguate. Il cocktail di laboratori frequentati, sotto la guida sollecita dell'Equipe, consentirà al beneficiario di agire desideri, conoscenze e rappresentazione personale.

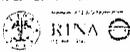
LABORATORIO MUSICALE	
Attività	Risultati
1. Ascolto musica	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza generi musicali • Potenziamento capacità d'ascolto • Potenziamento capacità memoria • Risalto capacità canore
2. Uso strumenti musicali	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza strumentale • Utilizzo strumenti sconosciuti • Potenziamento dell'autostima
3. Feste in musica	<ul style="list-style-type: none"> • Esercizio competenze acquisite • Incremento scambio relazionale



22



FONDAZIONE
Anifas - Onlus TERAMO
ONLUS - ASSOCIAZIONE SENZA SCOPPO DI LUCRO

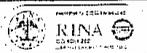


Fondazione Anifas-Onlus Teramo - F. ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 561119 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310576 Personalità
Giuridica D. P. G. R. n. 156 del 11/09/2003
Site Web www.anifasteramo.it - E-mail segreteria@anifasteramo.it

Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia - Dalla riabilitazione all'abilitazione

LABORATORIO GIARDINAGGIO	
Attività	Risultati
1. Studio, ricerca e osservazione	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza botanica e floricultura • Acquisizione competenze • Incremento capacità cognitive • Incremento capacità motorie • Incremento capacità spazio-tempo
2. Coltivazione piante e ortaggi	<ul style="list-style-type: none"> • Esercizio conoscenze acquisite • Incremento capacità cognitive • Incremento capacità motorie • Incremento capacità spazio-tempo
3. Manutenzione e cura del verde	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo capacità organizzative • Stimolo senso di responsabilità • Aumento dell'autogrificazione • Incremento scambio relazionale

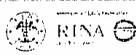
LABORATORIO LUDICO-RICREATIVO	
Attività	Risultati
1. Giochi da tavolo	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento capacità attentive • Potenziamento spirito aggregativo • Sviluppo capacità ideative • Capacità utilizzo del diversivo
2. Giochi all'aperto	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento capacità cognitive • Incremento capacità motorie • Incremento capacità spazio-tempo • Sviluppo capacità organizzative • Potenziamento autostima
3. Attività motorie	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione coordinazione visiva • Acquisizione coordinazione manuale • Aumento dell'autogrificazione • Incremento scambio relazionale



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

LABORATORIO GIARDINAGGIO	
Attività	Risultati
1. Studio, ricerca e osservazione	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza botanica e floricultura • Acquisizione competenze • Incremento capacità cognitive • Incremento capacità motorie • Incremento capacità spazio-tempo
2. Coltivazione piante e ortaggi	<ul style="list-style-type: none"> • Esercizio conoscenze acquisite • Incremento capacità cognitive • Incremento capacità motorie • Incremento capacità spazio-tempo
3. Manutenzione e cura del verde	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo capacità organizzative • Stimolo senso di responsabilità • Aumento dell'autogratificazione • Incremento scambio relazionale

LABORATORIO LUDICO-RICREATIVO	
Attività	Risultati
1. Giochi da tavolo	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento capacità attentive • Potenziamento spirito aggregativo • Sviluppo capacità ideative • Capacità utilizzo del diversivo
2. Giochi all'aperto	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento capacità cognitive • Incremento capacità motorie • Incremento capacità spazio-tempo • Sviluppo capacità organizzative • Potenziamento autostima
3. Attività motorie	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione coordinazione visiva • Acquisizione coordinazione manuale • Aumento dell'autogratificazione • Incremento scambio relazionale



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

7.4 Fasi e tempi di attuazione

Per quanto attiene la realizzazione dell'iniziativa la cui durata complessiva viene stimata in mesi 14, di seguito proponiamo la possibile suddivisione delle singole fasi di attuazione in una successione temporale distinta in 3 Macrofas:

Macrofase "A"
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progettazione intervento ▪ Pianificazione attività e risorse ▪ Redazione elaborato progettuale ▪ Individuazione target beneficiari
Durata: 1 mese

Macrofase "B"
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allestimento delle Aree operative ▪ Creazione del team di progetto ▪ Comunicazione famiglie e beneficiari
Durata: 1 mese

Macrofase "C"
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avvio delle attività ▪ Valutazione iniziale ▪ Verifica trimestrale in itinere programmi ed attività ▪ Eventuale rimodulazioni interventi programmati ▪ Bilancio finale
Durata: 12 mesi



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

8. Partnership e funzioni

La concreta realizzazione dell'iniziativa progettuale proposta prevede il coinvolgimento integrato di specifici soggetti cui riconoscere precipe funzioni:

Regione Abruzzo – Direzione Politiche della Salute

- Approvazione intervento programmato
- Finanziamento iniziativa progettuale

Fondazione Anffas – Onlus Teramo

- Progettazione e pianificazione intervento
- Attuazione iniziativa progettuale

Azienda Sanitaria Locale 106 Teramo

- Approvazione commissione di selezione degli utenti beneficiari
- Validazione programmi di attività ed iniziative
- Valutazione in itinere e post esiti attività esercitate



FONDAZIONE
Anffas-Onlus TERAMO
Onlus Italiana Non Lucrativa di diritto locale



Fondazione Anffas-Onlus Teramo – F.ne Sant'Atto – 64100 Teramo
Tel. 0861 58119 - Fax 0861 588457 – Codice Fiscale e Partita Iva 01473310678 Personalità
Giuridica D. F. C. R. n. 158 del 13/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it

26



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

8. Partnership e funzioni

La concreta realizzazione dell'iniziativa progettuale proposta prevede il coinvolgimento integrato di specifici soggetti cui riconoscere precipue funzioni:

Regione Abruzzo – Direzione Politiche della Salute

- Approvazione intervento programmato
- Finanziamento iniziativa progettuale

Fondazione Anffas – Onlus Teramo

- Progettazione e pianificazione intervento
- Attuazione iniziativa progettuale

Azienda Sanitaria Locale 106 Teramo

- Approvazione commissione di selezione degli utenti beneficiari
- Validazione programmi di attività ed iniziative
- Valutazione in itinere e post esiti attività esercitate



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

9. Costi di progetto

GESTIONE	
Coordinamento	52.000,00
Amministrazione	17.000,00
Totale	69.000,00

PERSONALE	
(1) Fisiatra	32.400,00
(1) Psicologo	37.000,00
(1) Assistente Sociale e/o Sociologo	14.800,00
(1) Psicopedagogista	14.800,00
(1) Fisioterapista e/o Terapista Occupazionale	2.900,00
(3) Educatori	90.100,00
(4) Assistenti	96.000,00
Totale	288.000,00

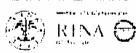
FUNZIONAMENTO	
Servizio trasporto	50.000,00
Servizio refezione	28.000,00
Attrezzature	15.500,00
Materiali laboratorio	14.200,00
Iniziative esterne	6.000,00
Totale	113.700,00

STRUTTURALI	
Utenze	6.500,00
Pulizie	6.000,00
Manutenzioni	3.640,00
Materiali consumo	11.000,00
Vigilanza	2.160,00
Totale	29.300,00

Totale Generale	500.000,00
------------------------	-------------------



FONDAZIONE
ANFFAS ONLUS TERAMO
Via S. Maria Goretti, 10 - 66100 Teramo



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 581119 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01472310676 Personale
Giudice D. F. e. R. n. 156 del 11/09/2003
Site Web: www.anffas-teramo.it - E-mail: segreteria@anffas-teramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

10. Scheda progettuale

Titolo del progetto

- Verso L'Autonomia – DALLA RIABILITAZIONE ALLA ABILITAZIONE

Descrizione progetto

- **Mission**
 - Attivazione di un servizio educativo abilitativo finalizzato all'acquisizione di autonomia personale e sociale;
- **Obiettivi**
 - Favorire la crescita individuale del beneficiario in termini di autonomia, indipendenza e socialità;
 - Facilitare l'individuazione e l'esercizio di competenze occupazionali;
 - Sviluppare sistemi di integrazione sociale;
- **Azioni**
 - Sviluppare piani educativi individuati con il singolo beneficiario e ispirati alla realizzazione di processi di crescita in termini di autonomia e competenze funzionali;
 - Creazione di Aree di attività/interesse che nello spazio possano rispondere a criteri di partecipazione, attivazione e modifica secondo livelli di crescita e di ricerca effettuate nel tempo direttamente dagli utenti beneficiari;
- **Risultati Attesi**
 - Miglioramento della qualità della vita;
 - Sviluppo autonomie personali e competenze socio relazionali;
 - Arricchimento delle capacità/abilità, delle conoscenze e competenze, dei modelli relazionali ed operativi;
 - Crescita della coscienza del sé e dell'autostima personale;
 - Integrazione, socializzazione e cooperazione tra soggetti diversamente abili e soggetti normodotati;
 - Sperimentazione, validazione ed avviamento di una piattaforma socio/educativa;
 - Sperimentazione e validazione di uno standard metodologico ripetibile e trasferibile;
 - Diffusione della cultura di società inclusiva;
 - Arricchimento di servizi integrati sul territorio della Provincia di Teramo;
 - Riduzione del bisogno sanitario grazie all'evidente miglioramento della gestione di vita in termini psicologico – sociali.



FONDAZIONE
Anifas-Onlus TERAMO
Dipartimento Regionale di Servizi Sociali



Fondazione Anifas-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 58119 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01473310676 Personale
Giuridica D. P. G. E. n. 158 del 11/09/2003
Site Web: www.anifasteramo.it - E-mail: segreteria@anifasteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia - Dalla riabilitazione all'abilitazione

Destinatari finali

- Persone con disabilità connessa a deficit cognitivo e motorio

Numero destinatari

- N. 20/max 30 persone disabili, con età compresa tra 15-50 anni, residenti nel territorio provinciale di Teramo

Area d'intervento

- Servizi a valenza sanitaria e di integrazione sociale per cittadini disabili

Normativa di riferimento

- D.P.C.M. 14/02/2001
- D.L. 502/1992
- Legge 328/2000
- Legge 833/1978
- Legge 104/1992

Ambito territoriale

- Provincia di Teramo

Aspetti innovativi

- Intervento globale ed integrato CON la persona disabile e il suo ambiente parentale e naturale realizzato attraverso percorsi di tipo educativo, ricreativo, abilitativo e sociale a fini di autonomia personale e sociale



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

Collegamento con altre strutture

- Centro di Riabilitazione e Rieducazione a degenza diurna "Sant' Atto"

Potenziale collaborazione con enti pubblici/privati

- Regione Abruzzo – Direzione Politiche della Salute
- Asl n. 106 Teramo

Durata

- 14 mesi

Tempi e fasi

- Macrofase "A" – durata 1 mese
- Macrofase "B" – durata 1 mese
- Macrofase "C" – durata 12 mesi

Figure professionali impiegate

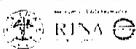
- Fisiatra
- Psicologo
- Assistente sociale e/o Sociologo
- Educatori professionali
- Fisioterapista e/o Terapista occupazionale
- Operatori Socio Assistenziali
- Psicopedagogista

Costo del progetto

- Euro 500.000,00



FONDAZIONE
ANFFAS Teramo
Fondazione con finalità di utilità sociale



Fondazione Anffas-Onlus Teramo – F.ine Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel. 0861 561119 - Fax 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01472310676 Personalità
Giuridica D. P. G. R. n. 156 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasiteramo.it - E-mail: segreteria@anffasiteramo.it



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

Anagrafica soggetto attuatore

- Denominazione
 - Fondazione Anffas – Onlus Teramo

- Indirizzo
 - Strada prov.le – località S. Atto – 64100 Teramo
 - Tel. 0861/58119 - Fax 0861/588457
 - mail: segreteria@anffasteramo.it
 - web: www.anffasteramo.it

- Forma Giuridica
 - Fondazione Privata con Personalità Giuridica riconosciuta
D.P.G.R. N. 158 del 11/09/2003
 - Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale
 - Ente con sistema di gestione della qualità certificato ISO 9001:2008

- Rappresentante Legale
 - Dr. Ercole D'Annunzio

- Responsabile progetto
 - Dott.ssa Idetta Galvani



FONDAZIONE
Anffas - Onlus TERAMO
Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale



Fondazione Anffas-Onlus Teramo - F.ne Sant'Atto - 64100 Teramo
Tel: 0861 58119 - Fax: 0861 588457 - Codice Fiscale e Partita Iva 01475310576 Personalità
Giuridica D. P. G. R. n. 158 del 11/09/2003
Site Web: www.anffasteramo.it - E-mail: segreteria@anffasteramo.it

12. Appendice bibliografica

- AA.VV. (2007). SIS Support Intensity Scale, Valutazione dell'intensità dei bisogni di sostegno. Vannini Editrice.
- AA.VV. (2002), incontri di aggiornamento Don Carlo Gnocchi, SIVA.
- Barclay L., (2002). Exploring the factors that influence the goal setting process for occupational therapy intervention with an individual with spinal cord injury. Australian Occupational Therapy Journal.
- Ministero della Sanità, (1998). Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione in GU 30 maggio 1998, n. 124.
- Bodiam C., (1999). The use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outcome on a neurorehabilitation unit. British Journal of Occupational Therapy.
- Bosch J., (1995). The reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure. Master's Thesis. McMaster University, Hamilton, ON, Canada.
- Canadian Association of Occupational Therapists, (2002). Enabling occupation: An occupational therapy perspective (rev.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- S. I. M. F. E. R. - Società Italiana Di Medicina Fisica E Riabilitazione, (2001). Linee Guida Sulle Attività Ambulatoriali Di Riabilitazione.
- Carswell A., (1995). Assessing the client's perception of Person-Environment fit using the Canadian Occupational Performance Measure. In G. Gutman & A. Wister (Eds.), Progressive accommodation for seniors: Interfacing shelters and services (pp. 135-144). Vancouver, BC: Simon Fraser University.
- Organizzazione Mondiale della Sanità OMS (2001), Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità - ICF.
- Cott, S.A. & Wright, F.V. (2001). An evaluation of a Conductive Education program for adults with neurological disability. Physiotherapy Canada,.



Progetto Sperimentale Verso L'Autonomia – Dalla riabilitazione all'abilitazione

- Basaglia N., (2002) Progettare la riabilitazione. Il lavoro in team interprofessionale, Edi Emme
- Corr, S. & Wilmer, S. (2003). Returning to work after a stroke: An important but neglected area. British Journal of Occupational Therapy.
- Fricke, J. & Unsworth, C. (2001). Time use and importance of instrumental activities of daily living. Australian Occupational Therapy Journal.
- Gilbertson, L. & Langhorne, P. (2000). Home-based occupational therapy: Stroke patients' satisfaction with occupational performance and service provision. British Journal of Occupational Therapy.
- Little, J & McKenna, K. (2000). Quality of Life: An overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. Australian Occupational Therapy Journal.
- McGavin, H. (1998). Planning rehabilitation: A comparison of issues for parents and adolescents. Physical and Occupational Therapy in Pediatrics.
- McKinnon, A.L. (2000). Client values and satisfaction with occupational therapy. Scandinavian Journal of Occupational Therapy.
- Pollock, N.(1992).Client-centered assessment. American Journal of Occupational Therapy.
- Reid, D. (2002). Benefits of a virtual play rehabilitation environment for children with cerebral palsy on perceptions of self-efficacy: A pilot study. Pediatric Rehabilitation.
- Steeden, B. (1994) Occupational therapy guidelines for client-centred practice and Canadian Occupational Performance Measure: Book Review. British Journal of Occupational Therapy.



S/DE 18



CONSIGLIO REGIONALE

Direzione Affari Presidenza e Legislativi
Servizio Affari Assembleari
Ufficio 5^a e 6^a Commissione

67100 L'Aquila, 17 GIU. 2010
Via M. Jacobucci, 4

Prot. N. 9604
Risposta a nota n.
del
Allegati n.

OGGETTO: **Parere n 22/P/09 – D.G.R. n. 395/P del 17 maggio 2010 – “Azienda USL di Teramo – Art. 6 della Legge Finanziaria regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 - Rimodulazione dei finznaiamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale”.**

Al Dirigente Servizio Affari della Giunta
Via Leonardo da Vinci
Palazzo SILONE
L'AQUILA

e, p.e.:

Alla Direzione Politiche della Salute
Servizio Assistenza Distrettuale,
Riabilitativa, Medicina Sociale e Attività
Sanitaria Territoriale
Via Conte di Ruvo
PESCARA

REGIONE ABRUZZO
Direzione Politiche della Salute - Pescara
17 GIU. 2010
Posiz. 11179 / S-18

Al Sig. Presidente
Consiglio regionale
SEDE

Si trasmette, ai sensi del 2° comma dell'art.2, della l.r. n. 32/1996, il parere indicato in oggetto per i successivi adcmplimenti.

IL DIRIGENTE
- Dr.ssa Vicentina TERIO -



CONSIGLIO REGIONALE DELL'ABRUZZO
5[^] COMMISSIONE CONSILIARE "AFFARI SOCIALI E
TUTELA DELLA SALUTE"

IX LEGISLATURA

Parere n 22/P/09 – D.G.R. n. 395/P del 17 maggio 2010 – “Azienda USL di Teramo – Art. 6 della Legge Finanziaria regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 – Rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale”.



L'anno 2010, il giorno 16 del mese di giugno, alle ore 10,00, si è riunita, in seduta ordinaria, nella sede del Consiglio regionale di L'Aquila, la 5^a Commissione Consiliare nominata con Decreto Presidenziale n. 12/2010 del 23.04.2010, convocata con nota n. 9304 dell' 11 giugno 2010.

Sono presenti i Consiglieri:

Veri' Nicoletta (Presidente), Paola Palomba (V.Presidente), Sospiri Lorenzo, De Fanis Luigi, Petri Alessandra, Iampieri Emilio, Ruffini Claudio, D'Amico Giovanni, Sclocco Marinella, Paolini Lucrezio e Acerbo Maurizio .

Sono assenti i Consiglieri: Di Bastiano Walter (Cons. Segretario), Nasuti Emilio, De Matteis Giorgio, Tagliente Giuseppe, Menna Antonio, Caramanico Franco, Saia Antonio e Caporale Walter.

LA 5[^] COMMISSIONE CONSILIARE

VISTA la L.R. del 5 giugno 1996 n. 32, concernente: “Ridefinizione dei termini per la espressione dei pareri delle commissioni consiliari”;

VISTA la L.R. del 9 gennaio 2010, n. 1 che al primo comma dell'art. 6 prevede: “Al fine di consentire la completa realizzazione di progetti regionali e nazionali e di garantire le quote di finanziamento dei progetti con cofinanziamento statale, la Giunta regionale, attraverso la Direzione Politiche della Salute, previo parere della competente Commissione consiliare, procede alla rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale”;

PREMESSO che in data 31.05.2010 è pervenuta al Consiglio regionale la deliberazione della Giunta regionale n. 395/P del 17 maggio 2010 – “Azienda USL di Teramo – Art. 6 della Legge Finanziaria regionale n. 1 del 9 gennaio 2010 – Rimodulazione dei finanziamenti relativi ai progetti di rilievo regionale e nazionale”;

DATO ATTO che il predetto provvedimento n. 395/P del 17 maggio 2010 è stato assegnato alla 5^a Commissione Consiliare in data 01.06.2010 per gli adempimenti previsti dall'art. 6, primo comma, della richiamata L.R. 9 gennaio 2010, n. 1;

ESAMINATA la predetta deliberazione di G.R. n. 395/P del 17 maggio 2010;

RITENUTO di condividere le motivazioni ed il contenuto della deliberazione come proposti dalla Giunta regionale;

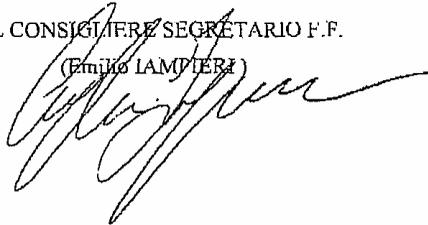
per le motivazioni in premessa, a maggioranza dei voti, con 29 voti a favore e 7 voti di astensione

DECIDE

- di esprimere parere favorevole in ordine alla deliberazione n. 395/P del 17 maggio 2010, nel testo proposto dalla Giunta regionale;
- di trasmettere la presente decisione al Servizio Affari della Giunta regionale per i successivi adempimenti, ai sensi del comma 2[^] dell'art.2, della L.r. 32/1996.

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO F.F.

(Emilio LAMPIERI)



IL PRESIDENTE

(Dr.ssa Nicoletta VERI)



DELIBERAZIONE 12.07.2010, n. 536:

Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012. Recepimento Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Indicazioni linee operative.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la salute 2010-2012 che, all'art.15, comma 1, prevede che, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, si approvi, entro il 30 giugno 2010, il Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012;

VISTA la Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la Prevenzione per gli anni 2010-2012(rep. Atti C3/CSR del 29 aprile 2010) con la quale è approvato il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, allegato 1 al presente atto quale parte integrante;

CONSIDERATO che nella predetta Intesa è previsto che le Regioni si impegnano ad adottare, entro il 30 settembre 2010, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal PNP 2010-2012;

CONSIDERATO che nella predetta Intesa è stabilita la individuazione di un coordinatore operativo di ciascun Piano regionale, individuato, con atto formale della Regione, entro 30 giorni dal stipula della stessa Intesa;

VISTA la nota dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - prot. ISS CNE 19/3/2010-0000315 avente ad oggetto la richiesta di identificazione dei referenti regionali per il Progetto "Supporto al Piano nazionale della Prevenzione e alla formazione per responsabili e operatori impegnati nei progetti dei piani regionali di prevenzione 2010-2012";

VISTA la nota prot.240/Segr. del 24 marzo 2010 con la quale, in riscontro alla nota sopramenzionata, il Componente la Giunta della Direzione Politiche della Salute ha individuato quale referente regionale del progetto "Supporto al Piano nazionale della Prevenzione e alla formazione per responsabili e operatori impegnati nei progetti dei Piani regionali di prevenzione 2010-2012" il Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione dott.ssa Tamara Agostini, nonché quali operatori designati a partecipare alla Comunità di pratica sui piani regionali di Prevenzione attraverso specifica formazione sul metodo e sulla standardizzazione dei formati dei progetti i seguenti dott.ri:

Claudio Angeloni Coordinatore regionale screening cervicce uterina Asl di Teramo
 Antonio Caponetti Responsabile Servizio Tutela della Salute nei luoghi di lavoro Asl Pescara
 Rossana Cassiani Responsabile Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica Asl Av-Sulmona-L'Aquila
 Carla Granchelli Responsabile Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica Asl Pescara
 Ercole Ranalli Responsabile Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione Asl Lanciano-Vasto-Chieti

VISTA la nota del Ministero della Salute DGPREV 0021961-P-12.5.2010 di richiesta di designazione di coordinatore regionale del Piano di Prevenzione 2010-2012;

VISTA la nota di riscontro alla precitata nota prot.365/Segr. del 20 maggio 2010 con la quale il Componente la Giunta ha designato la Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva dott.ssa Tamara Agostini della Direzione quale coordinatore regionale del Piano di Prevenzione 2010-2012;

CONSIDERATO che, come indicato nella nota Ministeriale, il coordinatore regionale deve:

- rappresentare la Regione in tutte le occasioni di confronto che l'attuazione del PNP implica e comporta;
- rendere note le linee di intervento (all'interno di ciascuna delle 4 aree tematiche del Piano) sulle quali la Regione intende programmare affinché possano essere messe a disposizione dall'ISS-CNESP le risorse e le collaborazioni richieste e/o utili in funzione del processo di programmazione regionale;
- favorire la partecipazione dei tecnici regionali alla formazione prevista dal progetto di supporto alla elaborazione dei piani regionali gestito dall'ISS-CNESP;

RITENUTO pertanto necessario identificare le linee di intervento sulle quali la Regione Abruzzo intende effettuare l'attività di programmazione individuate per macroaree e linee di intervento generali con l'identificazione dei referenti tecnici regionali in:

Medicina predittiva

- Valutazione del rischio individuale di malattia (referente tecnico:dott.ssa Granchelli).

Prevenzione universale

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale (referente tecnico:Dott.Caponetti)
 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie di lavoro correlate (referente tecnico:Dott.Caponetti)
 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico (referente tecnico:Dott.Caponetti)
 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione (referente tecnico:Dott.ssa Cassiani)
 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni (referente tecnico:Dott.ssa Cassiani)
 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano (referente tecnico:Dott.Ranalli)
 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze) (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)

Prevenzione della popolazione a rischio

- Tumori e screening (referente tecnico:Dott. Angeloni)
- Malattie cardiovascolari (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)
- Diabete (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)
- Patologie orali (referente tecnico: Dott.ssa Granchelli)

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

- Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)

VISTA la nota prot.8716/10 del 11 maggio 2010 con la quale il Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva ha richiesto ai Direttori Generali della Asl di individuare professionista da inserire in un gruppo di lavoro a sostegno della realizzazione di progetti di indagine epidemiologica in materia di prevenzione la cui costituzione è da demandarsi ad atti del Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva:





RITENUTO necessario di demandare al Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva la formalizzazione, attraverso specifico atto, del Gruppo di lavoro di esperti in materia di prevenzione a supporto tecnico della Direzione Politiche della Salute per la elaborazione del piano regionale di prevenzione 2010-2012 costituito dai dott.ri Rossana Cassiani, Claudio Angeloni, Carla Granchelli, Ercole Ranalli, Antonio Caponetti, già designati dal componente la Giunta;

VISTO il Protocollo di intesa relativo alle attività di promozione ed educazione alla salute del 22 giugno 2009 tra la Regione Abruzzo - Direzione Politiche della Salute e l'Ufficio Scolastico regionale per l'Abruzzo Direzione Generale, di cui tenere conto per la redazione del Piano regionale di prevenzione 2010-2012 alla luce della integrazione apportata al capitolo 3.4 dell'Allegato A della Intesa (Prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari) dove si evidenzia "la necessità di una alleanza specifica tra il mondo della salute e quello della scuola" per la realizzazione di un programma di intervento definito a livello regionale, d'intesa tra le istituzioni scolastiche e quelle nazionali;

RILEVATO che l'ammontare delle spese assegnate al Servizio Prevenzione Collettiva per il Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010 è pari ad euro 4.5000.000 e trova copertura finanziaria sul capitolo 81501/2010;

VISTA la L.R. n.77/99 e succ. modifiche ed integrazioni;

DATO ATTO che la presente proposta di deliberazione comporta onere finanziario a carico del bilancio regionale a cui si intende far fronte con le risorse sopra specificate;

DATO ATTO che il Direttore della Direzione Politiche della salute ha espresso il proprio parere favorevole in merito alla regolarità tecnica e amministrativa della presente proposta di deliberazione ed alla sua conformità alla legislazione vigente

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 recepire l' Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la Prevenzione per gli anni 2010-2012(rep.Atti C3/CSR del 29 aprile 2010) con la quale è approvato il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, allegato 1 al presente atto quale parte integrante;

2) di prendere atto della designazione già effettuata dal componente la Giunta della Direzione Politiche della Salute e di individuare la dott.ssa Tamarà Agostini, Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva, quale coordinatore operativo regionale del Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012 individuando il Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute il riferimento istituzionale per la elaborazione del Piano regionale consentendo allo stesso di fornire indirizzi operativi ai Servizi della Direzione che saranno eventualmente coinvolti per gli aspetti di competenza nella programmazione ed attuazione dello stesso;

3) di identificare le linee di intervento sulle quali la Regione Abruzzo intende effettuare l'attività di programmazione attraverso la redazione del Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012 individuate nelle seguenti macroaree con la corrispondente individuazione dei referenti tecnici in :

Medicina predittiva

- Valutazione del rischio individuale di malattia (referente tecnico:dott.ssa Granchelli).

Prevenzione universale

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale (referente tecnico:Dott.Caponetti)

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie di lavoro correlate (referente tecnico:Dott.Caponetti)

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico (referente tecnico:Dott.Caponetti)

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione (referente tecnico:Dott.ssa Cassiani)

Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni (referente tecnico:Dott.ssa Cassiani)



Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano (Referente tecnico:Dott.Ranalli)

Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze) (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)

Prevenzione della popolazione a rischio

- Tumori e screening (referente tecnico:Dott. Angeloni)
- Malattie cardiovascolari (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)
- Diabete (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)
- Patologie orali (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

- Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)

4) di prendere atto della designazione già effettuata dal componente la Giunta della Direzione Politiche della Salute con nota prot.240/Segr del 24 marzo 2010 e delegare il Servizio Prevenzione Collettiva alla costituzione , con proprio atto, del gruppo di lavoro di supporto tecnico per la elaborazione del Piano regionale di prevenzione costituito nelle persone di Dott.ssa Rossana Cassiani, Dott.ssa Carla Granchelli, Dott. Antonio Caponetti, Dott. Ercole Ranalli, Dott. Claudio Angeloni;

5) di delegare il Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva ad individuare , con proprio atto, un gruppo di lavoro a sostegno della realizzazione di progetti di indagine epidemiologica in materia di prevenzione attraverso professionisti specificatamente designati da ciascuna Asl;

6) di destinare, per l'attuazione del redigendo Piano regionale di prevenzione, le risorse finanziarie pari ad euro 4.500.000 , sul capitolo 81501.2, che saranno trasferite alle Asl del territorio per l'attuazione delle attività che saranno specificatamente programmate;

7) di incaricare i Direttori Generali delle aziende Asl del territorio a svolgere le attività di competenza necessarie per consentire l'attuazione delle linee programmate e che saranno sviluppate attraverso specifici progetti nel redigendo Piano regionale di prevenzione 2010-2012;

8) di dare atto che il Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria di Base e specialistica della Direzione Politiche della Salute e i Direttori Generali delle Asl dovranno tenere conto del redigendo Piano di prevenzione 2010-2012 ai fini della contrattazione integrativa a livello regionale e aziendale.;

9) di trasmettere copia della presente deliberazione ai Direttori Generali delle Asl ;

10) di trasmettere copia della presente deliberazione ai Dirigenti dei Servizi "Sanità veterinaria e sicurezza alimentare", "Gestione flussi Informativi Mobilità sanitaria, procedure informatiche ed Emergenza Sanitaria" e "Programmazione Sanitaria" della Direzione Politiche della Salute per l'attuazione di tutti gli adempimenti di competenza che dovessero risultare necessari ai fini della progettazione ed esecuzione del Piano;

11) di procedere alla pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

Segue allegato



Documento composto da n. 82 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla del-
berazione n. 526 del 1-2 LUG 2010
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)
[Signature]

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012.

Rep. Atti n. C.3/CSR del 29 aprile 2010

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

Nella odierna seduta del 29 aprile 2010

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato - Regioni, intese dirette a favorire il conseguimento di obiettivi comuni tra Stato e Regioni;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la salute 2010-2012 che, all'articolo 15, comma 1, prevede che, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, si approvi, entro il 30 giugno 2010, il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012;

VISTO il comma 2, dell'articolo 15 della predetta intesa che destina, per gli anni 2010-2012, la somma di 200 milioni di euro alla completa attuazione di detto Piano, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi di Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662;

VISTA la nota in data 25 gennaio 2010, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, in attuazione del predetto articolo 15 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, lo schema di intesa in oggetto;

CONSIDERATO che, in data in data 26 gennaio 2010, il predetto schema d'intesa è stato inoltrato alle Regioni ed alle Province autonome;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi il 4 febbraio 2010, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'esprimere avviso tecnico favorevole, hanno segnalato l'esigenza di apportare allo schema di intesa in parola alcuni miglioramenti;

VISTA la lettera in data 4 febbraio 2010, con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva stesura dello schema di intesa che recepisce le modifiche concordate nel predetto incontro tecnico;

CONSIDERATO che, in data 5 febbraio 2010, tale nuova versione di schema di intesa è stata diramata a tutte le Amministrazioni interessate;

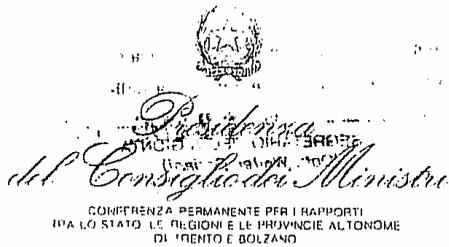
[Handwritten signature]



La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 41 e di 82
facciate ciascuna vidimata da apposito
timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo:
Direzione Politiche della Salute"
Pescara, li 19/6/2010

Dott.ssa Manuela Di Giacomo

[Handwritten signature]



VISTA la nota in data 2 marzo 2010, con la quale la Provincia Autonoma di Bolzano ha chiesto di integrare lo schema di intesa di cui in oggetto con l'inserimento della seguente disposizione: "Restano ferme le funzioni già attribuite, nelle materie oggetto del presente accordo, alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome ai sensi del proprio statuto e delle relative norme di attuazione";

CONSIDERATO che, in data 3 marzo 2010, la predetta nota è stata portata a conoscenza delle Amministrazioni interessate;

VISTA la lettera in data 4 marzo 2010, con la quale il Ministero della salute ha espresso il proprio assenso in ordine alla suddetta proposta emendativa della Provincia Autonoma di Bolzano;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa con la richiesta di modificare l'Allegato 1, parte integrante del presente atto, come indicato nel documento consegnato nella seduta medesima, Allegato sub A, anche questo parte integrante del presente atto;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, il Ministro della salute ha espresso avviso favorevole all'accoglimento della proposta emendativa come sopra avanzata dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano;

ACQUISITO l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di intesa in oggetto, nel testo risultante dalla modifica del menzionato Allegato 1 come proposta dalle Regione e Province autonome medesime con il predetto documento, Allegato sub A;

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano:

Articolo 1
(Piano nazionale della prevenzione)

1. E' approvato il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 di cui all'Allegato 1, parte integrante del presente atto. Il Piano nazionale della prevenzione è parte integrante del Piano sanitario nazionale.

2. Le Regioni si impegnano ad adottare, entro il 30 settembre 2010, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal PNP 2010-2012. Il Piano regionale prevede:

- i. la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;

Handwritten signature

La presente copia è conservata in...





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

- ii. lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale, fatta salva l'inclusione dell'intervento medesimo nei LEA o in altri atti di pianificazione nazionale o regionale;
- iii. la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.
3. Ai fini di cui al comma 2:
- i. il Ministro della salute, sentite le Regioni, approva entro il 31 marzo 2010 il documento operativo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 elaborato sulla base dell'Allegato 2, parte integrante del presente atto. Per ogni linea di supporto centrale, il documento operativo esplicita razionale, livello di responsabilità, attori coinvolti, obiettivo dell'azione, metodologia, indicatori per il monitoraggio dell'attuazione dell'azione, cronoprogramma, eventuale budget;
- ii. il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie stipula apposita convenzione con il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di sanità per la fornitura del necessario supporto alla progettazione e valutazione dei documenti di piano regionali.
4. Le Regioni e Province autonome convengono di confermare per gli anni 2010/2012, per la completa attuazione del Piano nazionale della prevenzione, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, la destinazione di 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1996, n. 662, e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali.
5. Fermo restando quanto previsto al capitolo 6 del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 in tema di modalità di stesura e di adozione dei Piani regionali, le Regioni trasmettono annualmente alla Direzione operativa del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire alla medesima Direzione - con il supporto del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità - di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali anche ai fini di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005. A seguito di valutazione positiva degli stati di avanzamento raggiunti, le Regioni accedono alle somme vincolate al raggiungimento degli obiettivi di piano di cui al comma 4. I criteri generali per la valutazione e la certificazione dei Piani regionali sono riportati in Allegato 3, parte integrante del presente atto.
6. Il coordinamento dell'attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 è affidato al Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria. Il Coordinatore operativo di ciascun Piano regionale è individuato - con atto formale della Regione - entro trenta giorni dalla stipula della presente Intesa.

C:\Programmi\BOLLETTINO\BOLLETTINO\2010\17.09.2010\131





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

7. Restano ferme le funzioni già attribuite, nelle materie oggetto del presente accordo, alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome ai sensi del proprio statuto e delle relative norme di attuazione.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

REPUBBLICA ITALIANA

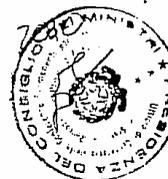




CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

10/034/SR24/C7

App. sub A
 Conseguato
 nelle sedute
 del 29 aprile



**INTESA TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE
 AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE IL
 PIANO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE PER GLI
 ANNI 2010-2012**

Punto 24) – Odg Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nell'esprimere avviso favorevole all'Intesa chiede l'integrazione al capitolo 3.4 (Prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari), dopo il primo capoverso del seguente paragrafo:

L'educazione alla salute è una delle componenti essenziali dell'accompagnamento alla crescita e allo sviluppo integrale della persona. In questo senso, la scuola rappresenta il luogo in cui gli studenti quotidianamente sperimentano i processi di apprendimento, vivendo straordinarie opportunità di crescita intellettuale, di maturazione e di acquisizione di consapevolezza critica e di responsabilità. La crescente e preoccupante diffusione di malattie croniche legate, in buona parte, a comportamenti dannosi acquisiti in età giovanile, la persistente emergenza connessa al fenomeno delle dipendenze patologiche (in particolare al consumo ed all'abuso di sostanze legali ed illegali), la diffusione di atteggiamenti negativi e distruttivi in ambito affettivo - relazionale evidenziano la necessità di una alleanza specifica tra il mondo della salute e quello della scuola, finalizzata alla realizzazione di un programma di intervento che configuri l'educazione alla salute come proposta pedagogica stabile. Tale programma viene definito a livello regionale, d'intesa tra le istituzioni scolastiche e quelle sanitarie, sulla base di un accordo-quadro nazionale.

Roma, 29 aprile 2010



Allegato I

**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE
2010 - 2012**



Indice:

1. <u>Introduzione</u>	pag. 2
1.1. Principi della prevenzione	
1.2. Ruoli e responsabilità	
1.3. Esperienza del PNP 2005-2007	
1.4. Valutazioni sul PNP 2005-2007 e prospettive	
1.5. Epidemiologia e priorità	
1.6. Metodi e approccio del PNP	
2. <u>Un nuovo approccio alla prevenzione: la persona al centro del progetto di salute</u>	pag. 12
2.1 Prevenzione come cultura	
2.2 Prevenzione e integrazione	
2.3 Le fasi della prevenzione	
2.4 La medicina predittiva	
3. <u>La prevenzione universale</u>	pag. 18
3.1. Prevenzione nella comunità	
3.2. Area della sicurezza	
3.3. Prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici	
3.4. Prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari.	
4. <u>La prevenzione nella popolazione a rischio</u>	pag. 33
4.1 Prevenzione e individuazione del rischio	
4.2 I tumori e gli screening	
4.3 Le malattie cardiovascolari	
4.4 Il diabete	
4.5 Le malattie respiratorie croniche	
4.6 Le malattie osteo-articolari	
4.7 Le patologie orali	
4.8 I disturbi psichiatrici	
4.9 Le malattie neurologiche	
4.10 Cecità ed ipovisione	
4.11 Ipoacusia e sordità	
5. <u>La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia</u>	pag. 55
5.1 La sfida della cronicità	
5.2 Prevenzione della disabilità	
6. Modalità di stesura e adozione dei PRP. Modalità di monitoraggio e valutazione	pag. 58



1. Introduzione

1.1. Principi della prevenzione

La necessità di rivedere le attività di prevenzione, secondo canoni diversi da quelli che hanno contraddistinto la fine del secolo scorso, nasce dall'osservazione della realtà: cittadini e operatori dei servizi divengono consapevoli che norme e conseguenti adempimenti –certificazioni, ispezioni, autorizzazioni – non sono più collegati virtuosamente ad un miglioramento delle condizioni di salute, ma, almeno in parte, assorbono preziose risorse in procedure burocratiche senza una chiara finalizzazione.

Ciò è la conseguenza di innumerevoli fattori, anche positivi, come

- l'evoluzione sociale (con obiettivo miglioramento delle condizioni abitative, dell'alimentazione, degli stili di vita),
- il recepimento di principi e normative europee (con il D. Lgs. 626/94 – oggi D. Lgs. 81/08 - sono state a suo tempo introdotte figure, medico competente e responsabile della sicurezza, specificamente dedite alla prevenzione nel settore lavorativo; i regolamenti comunitari del cosiddetto "pacchetto igiene" in materia di igiene degli alimenti hanno innovato molto rispetto al concetto della responsabilità dell'imprenditore ed oggettivamente garantito, nei circuiti controllati, una più elevata sicurezza alimentare),
- la crescita del livello culturale e della responsabilità delle imprese e datori di lavoro, come pure dei consumatori e delle loro associazioni.

D'altro canto però sono subentrate differenti variabili che impattano sulla salute della popolazione (la massiva immissione in ambiente di nuove sostanze chimiche, allergizzanti e tossiche; la circolazione mondiale di persone, merci e alimenti; l'ingresso in Italia di popolazioni con maggior suscettibilità a patologie tipiche dei paesi di provenienza; l'incremento esponenziale del traffico automobilistico, e conseguente incidentalità e inquinamento atmosferico...); non va poi dimenticato come un evento di per sé positivo, come quello dell'allungamento della vita grazie anche alle eccezionali potenzialità diagnostiche curative, abbia generato un fenomeno paradossale che è l'incremento del numero di soggetti fragili e portatori di cronicità, come si approfondirà successivamente.

Inoltre, l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato da una prevalenza delle malattie cronicodegenerative e il ruolo assunto nel loro determinismo di numerosi fattori, fra i quali i fattori *comportamentali* – o *stili di vita* – *richiedono di focalizzare l'interesse sulla promozione della salute*. Questa si fonda sullo studio dei determinanti di salute, su programmi di sanità pubblica di efficacia provata e sulla lotta alle disuguaglianze, e comporta la collaborazione del sistema sanitario con altri settori della società per sviluppare politiche più favorevoli alla salute (Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari).

Tutto ciò richiede risposte differenti, oltre che sul fronte assistenziale e del welfare, da parte della prevenzione, capaci da una parte di valorizzare gli elementi positivi, evitando di ripetere prassi inveterate ormai del tutto inutili, dall'altra di individuare nuove modalità di intervento che si contraddistinguano per semplificazione delle procedure burocratiche, efficacia (non accontentandosi del ragionevolmente utile, ma utilizzando ciò che dimostra di dare risultati), graduazione delle priorità (rivolgendo l'attenzione a quei fenomeni patologici di maggior rilievo per la popolazione), collaborazione con settori esterni al sistema sanitario (pubbliche amministrazioni, associazioni, ecc.).

Infatti rispetto agli interventi di assistenza, diagnosi e cura, che riguardano la singola persona, per la quale ogni singolo evento che la riguarda è meritevole di attenzione da parte del SSN, la prevenzione ha una valenza ulteriore: si rivolge infatti alla comunità e, pur coinvolgendo a livello personale i singoli individui, ha comunque una motivazione ed una prospettiva d'insieme.

Poiché gli interventi riguardano la prevenzione di rischi o patologie possibili - e non malattie in atto che vanno diagnosticate e curate - è chiaro che l'azione sarà focalizzata sugli eventi più frequenti e più gravi nella popolazione considerata e comunque quelli per cui ci sia la disponibilità di strumenti efficaci.

Di più: a fronte di un notevole beneficio per la comunità intera, può essere necessario prevedere interventi di difficile accettazione da parte del singolo, che è portato a vedere soprattutto i vantaggi personali che gliene derivano; pensiamo ai vincoli imposti a chi guida, alle vaccinazioni obbligatorie, ai limiti imposti ai fumatori, alle misure per la tutela dell'ambiente.

La prevenzione, dunque, se da un lato deve modificare il suo approccio - non "repressivo" ma rispettoso della libertà e responsabilità individuale - dall'altro deve conservare interamente la sua valenza di bene comune e valore solidale, a servizio del benessere della persona e dell'intera comunità.

Per tali motivi è necessario che il presente Piano consideri:

- i programmi di prevenzione collettiva, finalizzati ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio (urbanistica, piano del traffico, orientamento dei consumi, ecc.), sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (es. programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia, infine con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ...)
- i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio, finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (es. programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (es. screening oncologici), o ancora ad introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (es. prevenzione cardiovascolare)
- i programmi di prevenzione individuale, finalizzati a introdurre metodologie nell'ambito dei percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi che ne migliorino la qualità e l'appropriatezza; se è infatti vero che sono i servizi assistenziali ad occuparsi delle singole persone, individualizzando quanto più possibile le prestazioni, è altrettanto necessario che i protocolli assistenziali siano supportati da analisi epidemiologiche e da valutazioni di efficacia ed appropriatezza, cui i servizi di prevenzione non possono che dare un loro attivo contributo.

Come si è appena detto le malattie croniche non trasmissibili hanno in comune pochi fattori di rischio, in gran parte modificabili, in quanto legati a comportamenti individuali, anche se fortemente condizionati dal contesto economico, sociale ed ambientale in cui si vive e si lavora.

Va allora annotato che l'approvazione del programma "Guadagnare salute" con il DPCM 4 maggio 2007 ha introdotto un grande cambiamento nelle strategie di prevenzione: è stato infatti formalmente fatto proprio dal Governo italiano un concetto di salute come bene collettivo, da promuovere e mantenere attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui. "Guadagnare salute" si propone come grande intervento di salute pubblica, che affronta in maniera integrata il contrasto ai principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e sedentarietà), ponendo attenzione non solo agli aspetti specificamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano le scelte ed i comportamenti individuali.



1.2. Ruoli e responsabilità

Con la legge costituzionale n. 3 del 2001, l'assetto istituzionale in tema di tutela della salute si è configurato in modo chiaro: stabiliti i principi fondamentali da parte dello Stato, le Regioni hanno competenza non solo in materia di organizzazione dei servizi, ma anche sulla legislazione per l'attuazione dei principi suddetti, sulla programmazione, sulla regolamentazione e sulla realizzazione dei differenti obiettivi. In tale quadro istituzionale, l'implementazione del PNP rappresenta un passo ulteriore nell'evoluzione del sistema sanitario del nostro Paese, perché chiarisce i meccanismi di *governance*, in coerenza con quanto previsto dal quadro normativo. Le Regioni, infatti, declinano il proprio ruolo contribuendo attivamente alla determinazione delle linee strategiche e dando corso al lavoro previsto dal PNP, mentre il Ministero esplica una funzione di supporto¹ (anche attraverso il CCM e il coordinamento degli organi tecnico-scientifici centrali). In tale quadro, appaiono rilevanti le attività di monitoraggio e valutazione dell'avanzamento del PNP (in base a criteri condivisi), anche al fine di utilizzare i dati e gli indicatori raccolti per innescare un circolo virtuoso che adagui sempre più gli interventi ai contesti cui sono diretti².

I contenuti e gli obiettivi del nuovo PNP e dei corrispondenti Piani regionali della prevenzione (Prp), dovranno quindi trovar posto rispettivamente nel PSN e nei piani sanitari regionali: in particolare, il nuovo PNP dovrà costituire nella forma e nella sostanza il capitolo del prossimo PSN dedicato alla prevenzione; analogamente, le Intese Stato-Regioni in materia di prevenzione e promozione della salute, pur su specifici aspetti, non potranno essere in contrasto con quanto previsto nel PNP, sia negli obiettivi che, soprattutto, nei metodi. All'inverso, gli specifici provvedimenti già adottati in materia di prevenzione (quali ad esempio il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007 - documento programmatico "guadagnare salute" e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 dicembre 2007 - "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" e successivi provvedimenti) costituiranno riferimento per la stesura dei PRP.

1.3. Esperienza del PNP 2005-2007

Il Piano nazionale della prevenzione (PNP) generato dall'Intesa tra Ministero della salute e Regioni, sottoscritta il 23 marzo 2005, ha rappresentato un punto di svolta nella programmazione sanitaria del nostro Paese per almeno tre ordini di motivi. Il primo - e di più immediata visibilità - è legato alla scelta strategica di investire ulteriormente nell'area della prevenzione per raggiungere maggiori risultati di salute. Il secondo, altrettanto rilevante, è connesso alla scelta di mettere alla prova una linea di *governance* compartecipata, che ha già portato il Ministero a valorizzare al meglio le potenzialità di coordinamento del Centro per il controllo delle malattie (CCM), le Regioni ad innestare proficuamente nella loro pianificazione

¹ In particolare, il Ministero coopera:

- nell'interfaccia per quelle aree di confine che vedono sovrapporsi strutture dei SSR o degli Enti locali a strutture che hanno mantenuto il riferimento al livello centrale (scuola, università, ecc.);
- nel mettere a fianco delle Regioni le migliori competenze scientifiche, unitamente a competenze di progettazione;
- nel promuovere l'approfondimento e la diffusione della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP);
- nel mettere a disposizione strumenti per la sorveglianza, vera guida all'azione e componente essenziale della sanità pubblica, che serve a valutare i rischi alla salute, i bisogni e possibilmente l'impatto degli interventi;
- per la messa a punto di sistemi collaudati di allerta e di pronta risposta alle emergenze.

² La pianificazione dello scorso PNP ha richiamato alla necessità che la programmazione sia fondata sulle conoscenze epidemiologiche. Questa esigenza si è concretizzata in particolare:

- con lo sforzo di attingere dalle conoscenze di *evidence based prevention* per un concreto utilizzo nei piani operativi regionali (per es. diffusione dei programmi di screening basati su evidenze);
- con l'implementazione di strumenti di conoscenza di dati relativi ai determinanti per la salute (per es. carta del rischio, sorveglianza PASSI, progetto OKKIO alla salute);
- con la definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati (es.: adeguamento del sistema informativo delle malattie infettive, Flussi INAIL, Archivio infortuni mortali, coordinamento Registri Tumori);
- nella valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (es.: coperture vaccinali, percentuali di adesione agli screening...) come strumento per la riprogrammazione.

Man mano che il Piano è progredito, è stato possibile far convergere in esso altre azioni come quelle già in atto, quale quella del Piano Nazionale Screening, coordinando così le risorse preventivamente attribuite ad esso.

Infine, dalla cornice concettuale che è stata messa a punto per il contrasto all'obesità e la prevenzione degli incidenti è emersa l'esigenza di acquisire un'ottica intersettoriale per affrontare questi problemi di salute, coinvolgendo altri settori della società quali, ad esempio, il mondo dell'educazione, del lavoro, dei trasporti. È stata così preparata la strategia *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari* che coinvolge Ministeri, Regioni, Associazioni di produttori, della distribuzione e dei consumatori per attuare iniziative di prevenzione rivolte a fumo, sedentarietà, alcol e dieta scorretta.

Tale strategia dà concretezza al principio della "salute in tutte le politiche".

una serie di linee operative comuni e le Aziende sanitarie – a cascata – ad utilizzare uno strumento aggiuntivo per contribuire a ridurre in concreto il peso delle malattie e della disabilità. Il terzo motivo, infine, attiene alla decisione di subordinare la programmazione alle conoscenze disponibili.

L'Intesa del 2005 ha previsto delle linee operative (relative a rischio cardiovascolare, recidive degli accidenti cardiovascolari, complicanze del diabete, obesità, screening oncologici, vaccinazioni, incidenti stradali, infortuni sul lavoro e incidenti domestici), un apposito finanziamento (complessivamente, 440 milioni, di cui 240 quale "vincolo d'uso" sulla quota del riparto CIPE destinata al raggiungimento degli obiettivi dal Piano sanitario nazionale (PSN) – ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n. 662 - ed i restanti 200 derivanti dalla quota indistinta del fondo sanitario regionale) e un meccanismo di verifica del raggiungimento degli obiettivi del Piano. Conseguentemente, ciascuna Regione ogni anno ha rendicontato sullo stato d'avanzamento dei propri lavori ed il CCM ne ha certificato i risultati ottenuti³.

Il Piano, adottato nel 2005 e valido per un triennio⁴, nel 2008 è stato prorogato per dodici mesi, con la previsione di completare le aree progettuali in essere e, contestualmente, di predisporre un nuovo PNP per il triennio successivo.

1.4. Valutazioni sul PNP 2005-2007 e prospettive

Le lezioni apprese nel corso degli anni di attività del precedente PNP sono molte. Alcune di esse meritano un minimo di rilievo.

In qualsiasi comparto, un documento di programmazione può definirsi buono quando soddisfa alcuni requisiti, quali la chiarezza (intesa come individuazione quanto più precisa di uno o più obiettivi da raggiungere), la realistica delle previsioni (intesa come possibilità di raggiungere effettivamente gli obiettivi posti), la misurabilità (intesa come messa a disposizione di strumenti atti a verificare il grado di avvicinamento all'obiettivo), la coerenza interna ed esterna (cioè, rispettivamente: il grado di continuità/discontinuità con la programmazione precedente e con quella in essere e la compatibilità con il contesto circostante), ecc. Non sempre, nella pianificazione di un programma pubblico di prevenzione, tali regole possono essere ugualmente soddisfatte (banalmente perché, ad esempio, gli effetti di un'azione di prevenzione primaria possono manifestarsi a distanza di anni, se non di decenni, dalla messa in atto dell'azione oppure perché su un risultato possono influire tutta una serie di variabili esterne incontrollabili). Non di meno, quello che va garantito è che l'atto di pianificazione - a monte dell'impianto del programma pubblico di prevenzione - si configuri come un quadro d'insieme che integri e non separi le diverse attività da implementare, che coaguli e non frammenti le diverse professionalità che sono coinvolte ed, altresì, che sia flessibile rispetto alle diverse esigenze degli attori e non rigidamente statico. Una postilla sullo stesso tema. L'enucleazione di priorità di salute dovrebbe essere figlia dell'utilizzo sistematico di ogni dato/informazione (di natura demografica, epidemiologica, economica, sociale, ambientale, tecnica,

³ Rispetto alle attività discendenti dal pregresso Piano, il CCM, sviluppando le indicazioni dell'Intesa del 2005, ha messo a punto una procedura in base alla quale ciascuna Regione, per ognuna delle linee operative³, ha pianificato gli obiettivi specifici, le attività e i tempi di realizzazione, con una rendicontazione, a fine anno, dei risultati raggiunti. In tal modo, è stato costruito un processo di pianificazione coordinata, con un monitoraggio a *feedback* per le Regioni. Per rendere partecipato il meccanismo di valutazione per ogni linea del Piano, le Regioni hanno indicato un referente, così da favorire anche il confronto, lo scambio di esperienze, la sintesi ed il monitoraggio qualitativo. La certificazione del CCM, ha costituito lo strumento, basato su valutazioni per quanto possibile oggettive, per l'utilizzo delle risorse derivante dagli obiettivi di piano e dalla quota indistinta della Delibera CIPE³, vincolate al piano di prevenzione. Oltre alla costruzione della procedura di certificazione, il CCM, cooperando con partner scientifici tra i quali il Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS, l'ISPEL, l'INAIL, l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Osservatorio Nazionale Screening, ha attivato e finanziato alcuni progetti, a integrazione e supporto del Piano, che hanno consentito di elaborare strumenti e indirizzi di natura metodologica, come pure iniziative formative e materiale divulgativo. Si è consolidato ed esteso un metodo di lavoro basato sulla conoscenza dei fenomeni, sulla raccolta standardizzata dei dati e sulla loro elaborazione sistematica, con il supporto di processi formativi condivisi nei contenuti e realizzati su tutto il territorio nazionale. Inoltre, fuori dai campi più consolidati delle vaccinazioni e degli screening oncologici, alcune linee operative hanno coinvolto diversi servizi territoriali, prevalentemente volti alla diagnosi e alla cura, che avevano sviluppato adeguate competenze da rendere disponibili per tutto il sistema. Il CCM ha consentito di mettere a confronto esperienze e conoscenze, così da affrontare alcune problematiche in modo integrato: è il caso, a titolo di esempio, del progetto CUORE per la prevenzione cardiovascolare e del progetto IGEA (Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete). Analogamente per la linea operativa infortuni sul lavoro, il CCM ha confermato e rafforzato collaborazioni già attive tra Regioni ed organismi centrali, quali ISPEL, INAIL e IPSEMA.

⁴ Un rapporto del CCM sullo stato di attuazione dei primi tre anni di Piano è disponibile all'indirizzo: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/Pro/rapporto_2/Rapporto_PNP_2.pdf



scientifico, ecc.) utile; in qualche caso, però, tale processo virtuoso trova una oggettiva limitazione nella disponibilità di dati/informazioni pertinenti. Analoghe considerazioni possono essere estese alla scelta degli indicatori per il monitoraggio degli interventi intrapresi e/o dei risultati ottenuti. Quanto appena esposto rafforza l'esigenza di un consolidamento della cultura del dato.

L'architettura disegnata nel 2005 (messa a disposizione di risorse mirate al raggiungimento di obiettivi di prevenzione altrettanto mirati) lascia peraltro inavasa la questione relativa all'incanalamento delle attività previste dal PNP nell'ordinario lavoro aziendale. Sarebbe bene infatti che si superasse il criterio di interventi legati a progetti settoriali, per abbracciare piuttosto una logica di percorsi legati ad attività istituzionali sistematizzate. Va da sé che tale questione coinvolge non soltanto i Dipartimenti di prevenzione ma anche tutte le altre articolazioni organizzative delle Aziende che il presente piano chiama in causa. In questo senso, il PNP dovrebbe rappresentare il quadro strategico delle politiche per la prevenzione.

Il PNP ha di fatto promosso un grande salto di qualità nella gestione della prevenzione basata sulla conoscenza. Questo salto si è concretizzato, in particolare, con il trasferimento a livello gestionale di evidenze e nuove conoscenze scientifiche, con la formazione, con la definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo delle informazioni anche ai fini della valutazione quantitativa dei risultati raggiunti, con la revisione della normativa e della prassi, come nel caso della *evidence-based-prevention*. Il complesso di questi elementi individua per la prevenzione una prospettiva di "organizzazione che impara" e dimostra che una vera e propria gestione della conoscenza è praticabile e andrebbe considerata sempre come punto di riferimento per un modello organizzativo.

L'analisi dell'esperienza dello scorso Piano ha tuttavia evidenziato alcune criticità, che sono state esaminate ed hanno costituito indicazioni cruciali per la stesura del presente PNP:

- la frammentarietà d'intervento: il Piano è stato vissuto più come un insieme di progetti che come un piano integrato, capace cioè di individuare il quadro di insieme, nel quale possono poi trovare posto singole iniziative, che devono però essere coerenti con il Piano generale;
- la non sistematica traduzione degli interventi legati a progetti in attività istituzionali a sostegno della prevenzione, limitata invece ad iniziative temporanee;
- la mancanza di alcune tematiche chiave della prevenzione, prima tra tutte quella del rapporto ambiente e salute e delle conseguenti attività di vigilanza e controllo;
- la necessità di coinvolgere nel processo attuativo tutte le aree, in coerenza con le diverse organizzazioni regionali, che coinvolgano non solo i professionisti della salute e non solo le discipline della prevenzione;
- lo sconfinamento tra linee di indirizzo tecnico-scientifiche e indicazioni organizzative-operative, che, se non esplicitamente richiesto da Regioni e Province autonome, deve essere evitato;
- l'insufficiente traduzione nei fatti dei principi guida: evidenza di efficacia, semplificazione, valutazione dei risultati;
- la mancanza di un approccio sistematico alla individuazione delle informazioni sulle quali si deve basare la definizione degli obiettivi e delle priorità (*burden of disease*, grazie all'utilizzo di informazioni epidemiologiche, economiche, sociali, ed individuazione delle priorità), compreso il monitoraggio degli interventi e dei risultati;
- l'insufficienza dei meccanismi di produzione di informazioni di processo ed esito, per il monitoraggio e la valutazione e il miglioramento continuo;
- il ridotto utilizzo di canali efficienti, permanenti e sistematici, di livello nazionale, per una adeguata comunicazione con la popolazione residente, per recepire le esigenze percepite in termini di salute e per fornire indicazioni adeguate in casi di emergenza

Tener conto di questi limiti è indispensabile per lo sviluppo della prospettiva di "un piano della prevenzione che si evolve grazie all'apprendimento".

Al di là dell'esperienza del PNP, la letteratura indica alcune evidenze, quali garanzie di successo per la realizzazione delle politiche sanitarie. In particolare, traducendo per la realtà del nostro Paese le indicazioni dell'OMS, si vuole qui mettere l'accento su:

- la rendicontazione dei risultati raggiunti (obbligo che dovrebbe essere a carico non solo delle Regioni, ma anche del livello centrale);
- il coinvolgimento programmato, sistematico e fiducioso degli interlocutori;
- l'integrazione operativa a livello aziendale.



6

Il presente PNP – come il precedente - fa sue tali indicazioni.

Bisogna inoltre considerare come condizioni strutturali di successo anche degli “aspetti di sistema” quali:

- il coordinamento intraregionale dell'intero piano e/o delle macroazioni (funzionale a garantire la uniformità territoriale);
- la rete dei centri regionali di eccellenza, il cui sviluppo assicurerebbe la valorizzazione delle risorse professionali e organizzative e l'affiancamento – ove necessario – alle singole realtà geografiche;
- i sistemi informativi e di valutazione.

1.5. Epidemiologia e priorità

In Italia, come in gran parte d'Europa, il carico di sofferenze dovuto alla morbosità riconosce un ristretto gruppo di cause: le malattie cardiovascolari e le neoplasie sono responsabili del 70% dei decessi, percentuale che supera l'80% quando si considerano anche il diabete, le malattie degli apparati respiratorio e digerente. In termini di anni di vita in buona salute persi a causa di morte prematura o disabilità (DALY), oltre alle suddette patologie, assumono importanza i disturbi mentali, le malattie muscoloscheletriche, i deficit sensoriali⁵. Nei Paesi sviluppati, il 50-60% del carico di malattia espresso in DALY è causato da soli sette fattori di rischio principali⁶: tabagismo, ipertensione arteriosa, alcol, eccesso di colesterolo, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, inattività fisica. Tale quadro epidemiologico è frutto, da una parte, della progressiva riduzione a livelli minimi delle malattie infettive a carattere epidemico e, dall'altra, del progressivo invecchiamento della popolazione, che vede il nostro Paese in testa alle classifiche mondiali per aspettativa di vita.

In questo cambio radicale di scenario, è assolutamente necessario e ragionevole ricorrere a strumenti che consentano di definire meglio le priorità, individuando i problemi di salute nei confronti dei quali, allo stato delle conoscenze, la prevenzione possa mettere in campo interventi atti a contrastare i fattori di rischio e a potenziare i determinanti positivi.

Significativi in questo senso sono i dati della mortalità evitabile, elaborati a partire dai dati Istat⁷ che riguardano la popolazione di età 0-74 anni e le cause di morte per le quali sono disponibili interventi, di prevenzione o diagnosi precoce, che ne potrebbero limitare l'incidenza. Secondo alcune stime recenti⁸, vi sarebbero infatti in Italia circa 100 mila morti evitabili per il 56,6% mediante la prevenzione primaria, per il 16,6% attraverso diagnosi precoci e per la restante parte attraverso una migliore assistenza sanitaria.

Nella tabella seguente, estratta dall'ultima edizione dell'Atlante ERA disponibile, si può verificare come oltre a tumori e malattie del sistema cardiocircolatorio, non trascurabile è la quota attribuibile a traumatismi ed avvelenamenti, che vedono negli incidenti stradali e, a seguire, negli infortuni sul lavoro la principale causa.

Mortalità evitabile in Italia per genere e grande gruppo di cause (Anno 2002)

Cause di morte	maschi		femmine	
	N° decessi (0-74 aa)	% su totale	N° decessi (0-74 aa)	% su totale
Tumori app. respiratorio o organi intratoracici	16169	22,7	3531	9,8
Tumori apparato digerente e peritoneo	9883	13,9	5008	13,9
Tumore mammella e organi genitali femminili			8150	22,6
Malattie ischemiche del cuore	15562	21,9	5383	14,9
Malattie cerebrovascolari	6576	9,2	4685	13
Traumatismi e avvelenamenti	10545	14,8	3087	8,6

Modificata da Elaborazioni ERA su dati ISTAT

Nei capitoli successivi i dati epidemiologici vengono esplosi per patologia/condizione.

⁵ WHO, *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*. 2005. Ginevra (http://who.int/chp/chronic_disease_report/contents/italian%20full%20report.pdf).

⁶ WHO Regional Office for Europe. *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. 2005. Copenhagen. (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050909_1).

⁷ <http://www.e-c-a.it/#>

⁸ Atlante della mortalità evitabile 2007.



Naturalmente, oltre ai dati di mortalità e morbosità, generali e per causa, un elemento di scenario da non sottovalutare è rappresentato dalla struttura per età della popolazione, che, come noto, assume particolare importanza nel dimensionamento e nella programmazione dei servizi sociosanitari. Secondo l'Istat, nel 2006 in Italia l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto percentuale tra popolazione ultrasessantacinquenne e popolazione di età 0-14 anni, era pari a 114,14 per gli uomini e a 169,05 per le donne, con un trend in continua crescita. Nello stesso anno, il 10% della popolazione totale italiana aveva un'età compresa tra i 65 e i 74 anni e il 9% oltre 74 anni, con un incremento rispetto al 2003 rispettivamente dell'1,3% e del 3,1%. Al peso della popolazione anziana, che è quella notoriamente più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti e al rischio di decesso, soprattutto nelle età successive ai 75 anni, si aggiunge una notevole variabilità geografica nella struttura demografica della popolazione a livello regionale, che implica differenze nei bisogni e nella domanda di salute a cui dovrebbero corrispondere differenze nella distribuzione e nelle caratteristiche dell'offerta assistenziale, basti pensare alla situazione limite rappresentata dalle Regioni Liguria e Campania che sono, rispettivamente la più anziana (solo un quarto di popolazione con meno di 30 anni) e la più giovane (solo un quarto con più di 55 anni) di Italia.

In definitiva, anche la struttura demografica della popolazione e i suoi differenziali temporali e territoriali sono variabili di cui tener conto nella individuazione e prioritizzazione degli interventi da implementare nell'ambito del PNP, tenendo conto della prospettiva di un progressivo invecchiamento della popolazione e di una prevalenza crescente con l'età di malattie che generalmente non guariscono ma che, al contrario, accompagnano la persona per il resto dell'esistenza, condizionandone significativamente la qualità della vita come individuo e come parte integrante della comunità.

1.6. Metodi e approccio del PNP

Prima di addentrarsi sugli specifici argomenti oggetto di pianificazione, conviene soffermarsi sui principi e metodi che hanno guidato la stesura del presente documento, con particolare riguardo alla prevenzione collettiva.

Un primo elemento che è stato considerato riguarda il contesto storico-sociale nel quale ci si sta muovendo, che deve trasformarsi sostanzialmente per rispondere alla richiesta di semplificazione delle procedure burocratiche (nelle quali i servizi di prevenzione sono spesso coinvolti), per sostenere la libertà di scelta del cittadino e a quella di *empowerment* a fronte di un accesso a informazioni qualificate; deve adeguarsi alle direttive europee basate sulla responsabilizzazione delle imprese. La sfida dei servizi di sanità pubblica del SSN è quella di essere capaci di:

- cogliere gli elementi di cambiamento e dotarsi di strumenti per analizzare i contesti territoriali, nella loro peculiarità e dinamicità, programmando di conseguenza risposte adeguate al territorio in cui operano;
- responsabilizzare e coinvolgere il cittadino per favorire scelte e stili di vita salutari;
- tradurre lo spirito delle direttive europee in materia di controlli, che esalta la responsabilità del datore di lavoro e l'autocontrollo dell'impresa, per permettere una prevenzione universale "diffusa", cui partecipano non solo gli operatori sanitari;
- produrre un'evoluzione dei servizi di prevenzione, che passino dall'autoreferenzialità e dalla perpetuazione di prassi consolidate, alla trasparenza delle scelte che determinano la programmazione dell'attività, con un approccio integrato, che ottimizzi le risorse disponibili e aumenti l'efficacia delle azioni di tutela delle singole persone, dei lavoratori e della comunità intera.

Un secondo elemento rimanda direttamente al tema dell'*Evidence Based Medicine* (EBM). Gli ultimi anni '90 hanno visto la crescita esponenziale, nell'ambito dei trattamenti di diagnosi e cura, della metodologia EBM, in base alla quale l'adozione di una determinata procedura diagnostica o di una terapia devono scaturire non solo dalla loro plausibilità o efficacia teorica, ma anche dalla dimostrazione, nella pratica clinica (sul campo), della loro reale efficacia. Un processo simile si sta compiendo nella prevenzione collettiva e nella sanità pubblica (*Evidence based prevention* o *Evidence Based Public Health*), tuttavia con maggior lentezza, dovuta ad alcune caratteristiche oggettive della sanità pubblica, prima fra tutte l'inevitabile intervallo tra un intervento di carattere preventivo e i suoi effetti sulla salute della popolazione. In assenza di evidenze è necessario investire anche nell'acquisizione di nuovi dati che permettano la valutazione delle pratiche proposte o correnti. Il presente PNP assume la necessità che le linee operative individuate debbano da una parte essere fondate, per quanto possibile, su evidenze scientifiche gi

acquisite e riportate in letteratura, dall'altra sottoporsi al vaglio della valutazione di efficacia, non solo di processo ma anche di risultato. La sfida è dunque quella di una programmazione delle attività ben motivata in funzione dell'efficacia misurabile con risultati, sia nelle attività di vigilanza ed ispezione, che in quella dei servizi alla persona, in modo da pervenire al risultato che le attività non supportate da evidenza di efficacia siano sostituite da altre che, invece, ne hanno quantomeno i presupposti.

Non va poi dimenticato il contributo che la prevenzione può fornire all'attività di diagnosi-cura-riabilitazione svolta dai clinici, che si traduce in una spinta all'effettiva traduzione nella pratica della notevole produzione scientifica sull'evidenza di efficacia: molte prestazioni specialistiche vengono infatti prescritte in forza di prassi adottate sulla base dell'esperienza personale, sulle opinioni di esperti e, in misura non trascurabile, sull'impatto della medicina difensiva sulle scelte del singolo medico.

La disciplina della prevenzione può intervenire e supportare i percorsi su due differenti livelli:

- Lettura ed analisi del dato epidemiologico: i percorsi diagnostici, benché individualizzati e correlati alla singola persona nei diversi momenti e situazioni della vita, richiedono una profonda conoscenza del contesto in cui si opera; si pensi ai test di screening per talune malattie infettive (come ad esempio HIV, Epatite virale di tipo B, TB) che non ha senso siano effettuati in modo indiscriminato, come pure accertamenti specialistici per l'individuazione di patologie neoplastiche rare. Rendere disponibili dunque dati di incidenza e prevalenza delle principali patologie occorrenti nella popolazione assistita diviene dunque strumento indispensabile per indirizzare i percorsi diagnostici e la diagnosi differenziale;
- Valutazione dell'efficacia e delle performance assistenziali: se tutto funziona, con linee guida e protocolli adeguati e adottati correttamente nei diversi contesti assistenziali, il risultato sarà il miglioramento complessivo dello stato di salute, e quindi degli indicatori presenti in quella popolazione. Ancora una volta i servizi della prevenzione potranno rilevare e rendere disponibili ai medici di assistenza primaria e alle strutture specialistiche, l'andamento delle prestazioni e dei consumi sanitari e il relativo andamento di alcuni indicatori epidemiologici.

Un terzo elemento attiene agli aspetti metodologici. L'ampio contesto nel quale ci si muove, ove i determinanti, positivi e negativi, di salute sono numerosi, impone infatti delle scelte, che, sempre più, dovrebbero essere fondate su criteri scientifici, che consentano, in modo quanto più oggettivo possibile, di individuare quali interventi privilegiare e su cui investire le risorse disponibili. Per tale motivo il presente PNP è stato predisposto a partire da alcuni indicatori sintetici dello stato di salute, così da:

- definire i criteri per una graduazione dei rischi/effetti rilevati;
- individuare, considerando tutti gli ambiti di intervento (prevenzione e controllo delle patologie; prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro; prevenzione da fattori di rischio ambientali, promozione della salute) degli obiettivi prioritari.

In definitiva, l'esperienza del vecchio Piano ha consentito di sperimentare sul campo un metodo di lavoro che coordinasse esigenze di carattere generale a situazioni locali e particolari, mettendone in evidenza vantaggi (il confronto, lo studio e approfondimenti comuni, la rilevanza e riconoscimento a livello nazionale) e i rischi da evitare (l'eccessiva omogeneità di intervento, la definizione di dettagli organizzativi, la frammentarietà degli interventi).

Per tale motivo il presente PNP:

- privilegia una visione complessiva dell'intera prevenzione, affrontando l'insieme dei temi e delle aree su cui ha incidenza l'attività preventiva, superando la settorializzazione;
- riconosce la specificità delle diverse condizioni di contesto territoriale e di organizzazione di ciascuna Regione e Provincia autonoma e le differenti istanze che da esse scaturiscono;
- favorisce l'integrazione delle diverse professionalità che possono concorrere all'attuazione degli interventi di prevenzione inseriti nel Piano.

Il Piano focalizza dunque i target, correlati alle priorità individuate secondo lo strumento dell'analisi di contesto e della graduazione del rischio, a sua volta fondata su frequenza e severità del danno alla salute; la declinazione operativa e organizzativa degli obiettivi specifici è invece in capo a ciascuna Regione.

Più in dettaglio, il PNP enuncia gli obiettivi generali (se del caso, articolandoli in sottobiettivo) ed individua due tipologie di linee di lavoro: il supporto centrale alla realizzazione del PNP e le linee di intervento operative che dir si voglia, regionali.



9

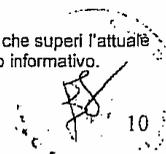
Le *linee di supporto al PNP* si configurano come attività trasversali che forniscono strumenti, preliminari o in itinere, per il corretto svolgimento del Piano. Per tale caratteristica sono guidate da Ministero e CCM, pur con il supporto del Coordinamento Interregionale della Prevenzione. In tale ambito, sono individuabili, tra le altre, le seguenti linee con le corrispondenti attività:

- a. *strumenti per la costruzione e la verifica del PNP*, quali:
- analisi dei dati epidemiologici disponibili e loro "restituzione" in un'ottica integrata; si tratta cioè di costruire sistemi di lettura dei dati di mortalità, dei registri di patologia (tumori in primis, patologie infettive), delle prestazioni sanitarie (SDO, prestazioni ambulatoriali e consumo di farmaci), dell'incidentalità stradale (ACI, ISTAT) e lavorativa (INAIL, ISPEL, IPSEMA, Regioni), di comportamenti e stili di vita (ISTAT, PASSI, OKkio alla Salute, HBSC, ...), dei rischi alimentari e ambientali, che consentano, in modo integrato, di definire e rimodulare le priorità e di valutare i trend di popolazione. In tale ottica una prospettiva che va considerata è lo sviluppo, in collaborazione con le Università e le Società Scientifiche, di un'area dell'epidemiologia dedicata alla sanità pubblica, in grado di supportare decisioni e strategie che riguardano la collettività, relativamente agli interventi non solo di tipo sanitario, ma anche, ad esempio, territoriale o urbanistico;
 - individuazione delle attività di prevenzione di dimostrata efficacia: si tratta di una vera e propria attività di ricerca, possibile solo su scala nazionale, che metta a disposizione degli operatori regionali le revisioni sistematiche o le specifiche ricerche sull'efficacia delle vaccinazioni, delle misure di profilassi delle malattie infettive, delle attività di educazione e promozione della salute, di ispezioni e sopralluoghi, delle indagini per infortuni, dei piani di campionamento di acque e alimenti, ecc. Tale documentazione, opportunamente rielaborata per renderla maggiormente fruibile, costituirà la base per la scelta degli interventi da privilegiare nelle diverse linee operative;
 - rilevazione dei dati statistici relativi alle attività svolte, in ordine alla quale deve essere definito un sistema complessivo che risponda a requisiti di standardizzazione, qualità statistica e di efficienza, e che eviti duplicazioni o richieste estemporanee tenendo conto dei debiti informativi oggi previsti (quali ad esempio coperture vaccinali, attività di vigilanza nel settore alimenti e veterinario, acque potabili e di balneazione, prodotti fitosanitari, infortuni sul lavoro e malattie professionali, infortuni stradali, ecc.);
- b. *interventi di carattere normativo*, che rappresentano per taluni ambiti la chiave principale del cambiamento perché, pur nel rispetto della modifica del titolo V della Costituzione, garantiscono un risultato tanto forte quanto esteso e non limitato a territori regionali⁹;
- c. *interventi di comunicazione*¹⁰ (da sviluppare in stretto raccordo con i responsabili regionali) sulle tematiche prioritarie, privilegiando quelli supportati da evidenza di efficacia e per cui sia valutabile un rapporto costo/benefici positivo. Particolare attenzione dovrà riguardare la promozione delle vaccinazioni dell'infanzia e dell'adulto, con iniziative volte a enfatizzarne l'importanza non solo per la tutela individuale ma dell'intera collettività;
- d. *accordi interministeriali o con Associazioni di categoria e coordinamento con Enti centrali*, considerato che molti degli interventi dei servizi di prevenzione impattano o necessitano, come minimo, di coordinamento con altri Ministeri o con Uffici decentrati o organi del Ministero del lavoro, salute e politiche sociali. In tal senso alcune attività sono già state avviate, ad esempio con il programma "Guadagnare salute" e i relativi protocolli di intesa¹¹ o con il Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Non va poi dimenticato che anche accordi su scala nazionale, necessitano in ogni caso di essere contestualizzati nei diversi ambiti regionali, poiché le situazioni operative possono presentare peculiarità che necessitano di essere considerate. Ulteriori priorità già evidenti su cui attivare accordi o coordinamento sono:
- Semplificazione. In molti casi provvedimenti regionali di semplificazione (abolizione di certificazioni in particolare) sono stati vanificati dal fatto che le articolazioni territoriali dei Ministeri (Istituti Scolastici, Direzioni Regionali del Lavoro, ecc.) non hanno recepito le innovazioni: in tal senso è necessario intervenire per un miglior raccordo;

⁹ Ci si riferisce, ad esempio, all'abolizione di norme obsolete e/o inapplicabili, con particolare riguardo alle certificazioni e autorizzazioni.

¹⁰ In questo ambito va ricompresa la messa a punto di un modello di comunicazione, in accordo con i media, che superi l'attuale situazione di sostanziale ingestibilità delle emergenze o presunte tali, che genera allarmismo e nessun vantaggio informativo.

¹¹ Vedi : <http://www.ministerosalute.it/stiliVita/paginaMenuStiliVita.jsp?menu=protocolli&lingua=italiano>



- la ridefinizione di funzioni e compiti degli USMAF, degli Uffici doganali e degli UVAC stante gli aspetti problematici connessi al flusso di persone e merci in entrata nel nostro Paese e il relativo impatto sui temi di prevenzione;
- la razionalizzazione e il coordinamento delle attività analitiche in materia di sicurezza alimentare: la rete dei laboratori attivi a livello regionale (ASL, ARPA e IZS), richiede una miglior definizione dei rispettivi compiti, evitando sovrapposizioni e promuovendo una maggior efficienza del sistema;
- il raccordo con AIFA per la politica dei prezzi dei prodotti vaccinali, da ravvicinare maggiormente ai costi di produzione, analogamente a quanto avviene per i farmaci ;
- la collaborazione e il coordinamento delle attività di vigilanza in materia di sicurezza sul lavoro (DRL, INAIL, VVF, AG, ecc.), sicurezza alimentare (NAS, Repressione Frodi, Corpo Forestale, Guardia di Finanza, ecc);
- la ricerca e l'approfondimento sulla necessità di individuare percorsi che favoriscano il riconoscimento, nell'ambito degli assetti organizzativi (di pertinenza di regioni e province autonome) così come nei meccanismi di reclutamento e contrattuali (di pertinenza nazionale), del ruolo di quei professionisti della prevenzione (in particolare tecnici della prevenzione e assistenti sanitari, ma anche infermieri e dietisti) che con legittima autonomia e responsabilità concorrono, con specifiche competenze, allo sviluppo degli interventi e delle politiche di prevenzione nel nostro Paese.

Le linee di intervento (ossia operative) del PNP sono, invece, gli interventi che, individuati come prioritari, necessitano di una traduzione operativa, che in quanto tale, deve essere effettuata su scala regionale (se non di singola azienda sanitaria, specie nei contesti con grandi disomogeneità intra-regionali). In tal senso risulta modificato l'approccio di programma: nel precedente PNP infatti, pur con la dovuta consultazione dei referenti regionali, obiettivi, modalità e tappe operative erano stabilite a priori e in modo uniforme a livello nazionale. La nuova metodologia prevede invece che sulla base degli obiettivi generali di seguito individuati e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, le Regioni, in modo coordinato, predispongano i rispettivi Piani regionali della prevenzione, indicando le azioni, la tempistica e gli indicatori per la valutazione.

Gli interventi che vengono descritti di seguito riguardano sia programmi già presenti nel precedente PNP, sia azioni che rappresentino ambiti di intervento già praticati in alcune realtà territoriali, ma di nuova introduzione nella forma strutturata qui proposta. Per questi ultimi l'elenco presentato si deve intendere esemplificativo di tematiche di salute cui rivolgere in maniera organica l'attenzione, ma le Regioni potranno individuare all'interno di queste le proprie priorità senza essere vincolate alla realizzazione di tutti i programmi nell'arco temporale di validità del presente Piano.



11

2. Un nuovo approccio alla prevenzione: la persona al centro del progetto di salute

2.1 . Prevenzione come cultura

A tutti i livelli sussiste una discreta consapevolezza sia del *welfare* quale rete eterogenea di realtà condizionanti¹² che si esprimono nell'ambiente fisico e sociale dove le persone vivono ed operano, sia che i servizi sanitari sono soltanto un nodo (per quanto tra i più salienti) della rete del *welfare*.

Nella pratica, però, il valore del cambiamento epistemologico del concetto di salute (da assenza statica di malattia ad attività dinamica e trasversale di promozione del benessere) stenta a trovare spazio nella pianificazione e nella crescita (a volte disordinata) di un territorio. Questo problema va affrontato. Se assunti come condivisibili, gli assiomi prima enunciati portano anche alla necessità di un'efficace collaborazione fra tutte le aree di governo, la cui azione direttamente o indirettamente incida, da una parte, sulla salute e, dall'altra, riconosca il territorio quale luogo ove si coagano i risultati di tutte le misure trasversali che concorrono allo stare bene di una persona. Conseguentemente, le politiche sanitarie devono certamente continuare ad assumere come punto prioritario del loro agire la centralità della persona ma devono al contempo, cercare ogni alleanza utile alla migliore tutela possibile della salute dei cittadini, nella convinzione che la promozione della salute non possa compiutamente svolgersi in mancanza di politiche a sostegno del diritto di ciascuno a realizzare il proprio progetto di vita e, comunque, in assenza di un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui si vive.

Per la parte attribuibile al Servizio sanitario nazionale, occorre sottolineare che la promozione della salute e la prevenzione delle malattie sono attività che devono essere svolte a 360°: oltre a quanto accennato nel precedente capoverso, tale affermazione vale sia in riferimento alle strutture aziendali, ovvero ai professionisti esterni (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta soprattutto) che risultano coinvolti, sia in riferimento alla diversa tipologia di interventi (di prevenzione primaria, di medicina predittiva, di prevenzione secondaria e terziaria) che devono essere messi in atto. Ciò comporta la necessità di recuperare alcune tematiche chiave per la salute del cittadino e di coinvolgere intorno a loro tutte le discipline che possano in qualche modo concorrere alla loro positiva risoluzione.

Certamente, alla base dell'allungamento dell'arco di esistenza degli individui, alla base del miglioramento della qualità della loro vita e alla base del loro invecchiamento in condizioni di (relativa) buona salute vi sono anche gli interventi di prevenzione fin qui messi in atto nel nostro Paese.

La cultura della prevenzione comincia a permeare la pratica quotidiana e però, al di là dell'impianto di importanti programmi pubblici di comunicazione piuttosto che di controlli o di screening, è proprio il singolo rapporto medico/paziente che sembra fare fatica ad incentrarsi sull'allontanamento dai fattori di rischio e sulla tempestività della diagnosi. Questa osservazione empirica coinvolge un po' tutti i professionisti (pubblici e privati) che gravitano attorno al pianeta salute e, lungi dal voler criminalizzare qualcuno, può essere semplicemente il risultato di una formazione il cui focus è quasi sempre la malattia e non il benessere.

Se si fa riferimento alla diagnosi precoce di malattie non coperte da screening, si può facilmente dedurre che il sistema di offerta delle attività di prevenzione si fonda sulla domanda espressa. Questa circostanza solleva il problema di come intercettare il bisogno di prevenzione delle malattie di quella parte di popolazione vulnerabile e fragile che, appunto per questo non è in grado di costituirsi come domanda. In direzione contraria, altrettanta attenzione dovrebbe essere posta al controllo della domanda indotta che non trova giustificazione nell'appropriatezza.

L'invecchiamento della popolazione incide sui bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di patologie (cronico-degenerative, cardiovascolari, tumorali) che se non adeguatamente prese in carico possono esitare in stati più o meno gravi di disabilità. In questo quadro, appare evidente il valore del ruolo della prevenzione terziaria che è chiamata ad intervenire nei processi assistenziali al fine di garantire la continuità della presa in carico e la integrazione degli interventi socio-sanitari anche se sembra ancora mancare una consapevolezza diffusa e condivisa sulla sua missione e sulla sua funzione: progettare dei percorsi che siano in grado di ridurre il peso delle complicità ed in particolare della non autosufficienza.

Naturalmente, poiché al centro c'è la persona in tutta la sua interezza, risulta difficile "frazionare" gli interventi in prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, perché le aree di sovrapposizione sono molteplici: ad esempio, curare un soggetto con ipertensione significa prevenirne gli effetti patologici, garantire

¹² Istruzione, reddito, trasporti, abitazione, lavoro, salute, ecc.

riabilitazione a persone con ictus comporta la cura dei fattori di rischio che lo hanno provocato e che continuano a sussistere e prevenirne le complicanze.

Fare cultura della prevenzione non significa dunque che non sia garantita la necessaria suddivisione di competenze, specie in un periodo nel quale ciascuna disciplina, dalla prevenzione alla riabilitazione alle diverse cliniche specialistiche richiedono conoscenze e capacità elevate quanto che i diversi interventi siano improntati ad un metodo comune.

In questo senso, confermando quanto già scritto al precedente punto 1.6 in relazione al ruolo della prevenzione, i servizi di prevenzione possono supportare diagnosi, terapia e riabilitazione, fornendo dati epidemiologici, strumenti per la valutazione di efficacia e performance, linee guida per l'appropriatezza, da concordarsi, ovviamente, in un'ottica multidisciplinare.

2.2. Prevenzione e integrazione

Il momento organizzativo è forse lo snodo centrale per il successo di qualsiasi programma sanitario e, dunque, merita una riflessione a parte.

La garanzia di un intervento efficace nella pratica (*effectiveness*) riguarda essenzialmente il modo di organizzare il sistema sanitario in genere e i programmi di prevenzione in particolare. Diversi contributi hanno sottolineato come l'organizzazione sia un determinante della qualità e dell'efficacia delle cure e anche a riguardo degli interventi preventivi è stato rilevato come interventi sanitari ben pianificati e gestiti siano statisticamente associati a migliori effetti. Da questo punto di vista, c'è crescente consapevolezza dell'importanza della *evidence-based organization* e, in particolare, c'è evidenza che l'organizzazione di un percorso possa migliorare la qualità e l'efficacia dell'intervento. Per percorso si dovrebbe quindi intendere un approccio alla prevenzione (come alla cura) che si basi sull'utilizzo coordinato di tutte le risorse dell'intero spettro di offerta del sistema sanitario. Accettata questa definizione, gli aspetti cruciali da garantire per una buona organizzazione dei percorsi dovrebbero almeno essere:

- definire il processo (cioè: la serie di atti tecnico-professionali) che si intende attuare per conseguire l'obiettivo di salute, su evidenze di efficacia;
- definire l'integrazione necessaria di tutti gli attori (cioè: individuare il percorso sul terreno "reale") mediante linee-guida e protocolli operativi;
- rendere disponibili software gestionali, essenziali per tutti gli interventi di popolazione ma anche per la gestione longitudinale della prevenzione individuale;
- rendere disponibile un sistema informativo comprensivo di indicatori per verificare lo standard di risultato (o di processo);
- verificare l'accessibilità al programma e l'umanizzazione del percorso, aspetto cruciale nell'ambito degli interventi preventivi perché essi si rivolgono spesso a persone sane/asintomatiche che vanno fidelizzate;
- rendere disponibile un programma esplicito e sistematico di miglioramento continuo della qualità.

Organizzare interventi di prevenzione su queste basi significa mettere concretamente al centro del progetto di salute la persona.

Non si può tuttavia dimenticare che quello dell'organizzazione del sistema sanitario è un nodo sensibile, da una parte perché rientra, come è giusto, nell'autonomia regionale, dall'altra perché l'assetto del SSN è comunque definito (con area dei servizi di prevenzione, area dell'assistenza primaria con MMG/PdF, area dell'assistenza specialistica ospedaliera, area della riabilitazione e aree socio-sanitaria e socio-assistenziale).

È dunque necessario che si parli, più che di modelli organizzativi, di un'organizzazione capace di trovare tutte le necessarie integrazioni e le modalità di verifica e miglioramento continue per poi procedere a porle a confronto sui risultati ottenuti, da utilizzare nell'eventuale revisione dell'organizzazione del SSN, nell'ambito dell'autonomia regionale.

2.3. Le fasi della prevenzione

Tradizionalmente la prevenzione è stata suddivisa nelle seguenti componenti:

- prevenzione primaria, che si rivolge a tutta la popolazione ed ha come obiettivo il controllo dei determinanti di malattia;



[Handwritten signature]

- medicina predittiva, che tendenzialmente si rivolge a tutta la popolazione ed ha come obiettivo la valutazione del rischio di insorgenza di una patologia;
- prevenzione secondaria, che si rivolge alla sola popolazione a rischio ed ha come obiettivo la massima anticipazione diagnostica di una patologia;
- prevenzione terziaria, che si rivolge alla sola popolazione malata ed ha come obiettivo la riduzione dell'impatto negativo di una patologia, ripristinando le funzioni, riducendo le complicazioni e le probabilità di recidive¹³.

La classificazione degli interventi di prevenzione appena posta, si è rivelata, alla luce della evoluzione scientifica, non più adeguata, perché da una parte pone l'accento sull'offerta e non sulla domanda, dall'altra suddivide artificialmente la persona, come se le fasi si susseguissero l'una con l'altra, in momenti distinti e separati.

Facendo riferimento, ad esempio, alle patologie cardiocerebrovascolari, oggi, l'allungamento della vita e l'andamento epidemiologico, ci dicono che spesso, in una medesima età della vita, ci si può trovare a necessitare di interventi di prevenzione primaria (stili di vita, aspetti nutrizionali), secondaria (screening per ipercolesterolemia), terziaria (riabilitazione a seguito di patologia cardiocerebrovascolare).

Il presente PNP, ponendo la persona e la comunità, di cui è parte, al centro del progetto di salute – valorizzando gli esiti più che i processi – rende opportuno rivedere alcune categorie e considerare la prevenzione rivolta a problemi e, conseguentemente, a obiettivi:

- prevenzione come promozione della salute: rientrano in essa gli interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi sia individuali che ambientali;
- prevenzione come individuazione del rischio: comprendono sia gli screening di popolazione che la medicina predittiva;
- prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze: significa adozione di protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, con verifiche e monitoraggio.

2.4 Medicina predittiva

In linea generale, la prevenzione è l'insieme di interventi finalizzati ad impedire o ridurre il rischio (ossia la probabilità) che si verifichino eventi non desiderati ovvero ad abbatterne o attutirne gli effetti in termini di morbosità, disabilità e mortalità. Tale concetto – universalmente accettato - ha avuto nel tempo e continua ad avere declinazioni differenti, in dipendenza dei progressi della scienza e della tecnica, degli specifici campi d'applicazione, del quadro epidemiologico e/o demografico intercorrente, delle policies sanitarie perseguite, ecc.

In relazione alla necessità di sfruttare al meglio le nuove possibilità di intervento che si vengono ad offrire in campo medico, il presente documento intende dare, nel prosieguo, una prima strutturazione al tema della predittività delle patologie, argomento in qualche modo già affrontato dal precedente piano.

Esistono in letteratura diverse definizioni di medicina predittiva, ciascuna delle quali enfatizza uno o più aspetti del campo d'indagine. In questa sede, si fa riferimento preciso alla medicina predittiva come a quell'approccio che – prima e/o dopo la nascita - tende a scoprire e valutare in termini probabilistici i fattori che, per una specifica persona e in un dato contesto, possono favorire l'insorgenza di una malattia.

Per definizione, la medicina predittiva si rivolge agli individui sani, nei quali cerca la fragilità o il difetto che conferiscono loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia¹⁴. Conseguentemente, la medicina predittiva è probabilistica e individuale e come tale consente la massima personalizzazione degli interventi.

¹³ Resta inteso che i risultati degli interventi di prevenzione primaria e di medicina predittiva andrebbero preferibilmente misurati in termini di incidenza (comparsa di nuovi casi di malattia), quelli degli interventi di prevenzione secondaria in termini di prevalenza (frequenza dei casi esistenti di malattia) e quelli degli interventi di prevenzione terziaria con indicatori compositi (DALYs – anni di vita aggiustati per disabilità - QALYs - anni di vita aggiustati per qualità - HealYs – anni di vita in salute – ecc.).

¹⁴ Dal punto di vista dell'individuo, la medicina predittiva è una medicina di preavviso, nel senso che – a fronte di un difetto o di una fragilità - consente di scegliere uno stile di vita adeguato, di sottoporsi periodicamente a test di diagnosi precoce, di adottare sin dall'inizio le necessarie misure terapeutiche, ecc.



14

Esperienze di definizione del rischio individuale sono già consolidate anche in Italia, come prassi (è il caso dell'esame della traslucenza nucale unitamente a test biochimici, per decidere se sottoporre la gestante ad amniocentesi o villocentesi per la valutazione del rischio di anomalie genetiche nel nascituro) o come studio di fattibilità di interventi di popolazione (è il caso dell'utilizzo del carta del rischio cardiovascolare, promosso dal precedente Piano nazionale della prevenzione).

In entrambe queste situazioni sono evidenti alcuni punti chiave:

- disponibilità di evidenze scientifiche che sottoporre un individuo ad un determinato test sia utile a definire un rischio individuale, sulla base del cui grado possano essere somministrati ulteriori accertamenti di approfondimento ovvero possano essere somministrati interventi terapeutici per evitare l'evoluzione della condizione indagata;
- necessità di identificare strutture e professionisti esperti ed accreditati e necessità di definire modelli organizzativi efficaci, che misurano e valutano, in termini di efficacia, i risultati raggiunti;
- necessità di sistemi informativi per la valutazione della qualità e degli esiti.

Tutti questi elementi si ritrovano, persino ad un maggior grado di coerenza e problematicità, quando ci si rivolge all'ambito dell'indagine genetica (nonché alla proteomica).

La genetica predittiva riguarda specificamente lo studio di quei caratteri o geni correlati a determinate malattie/condizioni e, dunque, mette in grado di individuare le persone per le quali il rischio di ammalarsi è, su base genetica, significativamente più elevato rispetto alla popolazione generale.

L'uso delle informazioni della genomica per prevenire malattie e per promuovere la salute è già diffuso e, secondo il CDC, riguarda tutte le fasce di età.

Nel caso delle malattie non tumorali, oltre alla valutazione del rischio fatta in età prenatale e perinatale, i test genetici trovano applicazione in numerose malattie/condizioni dell'età adulta.

Nel caso dei tumori, la valutazione del rischio derivante dai risultati dei test genetici è utile per:

1. l'identificazione della suscettibilità ereditaria in persone che non sono ammalate, al fine di iniziare interventi appropriati di prevenzione primaria (profilassi chirurgica, terapia farmacologica);
2. la diagnosi precoce di cancro allo stadio iniziale asintomatico;
3. il management, che include la classificazione tumorale e la predizione di un decorso tipico, della risposta alla terapia, ecc.

In conclusione: la medicina predittiva permette di determinare il profilo di rischio di ciascuna persona, di monitorarne l'evoluzione e di realizzare appropriati interventi preventivi oltre che di selezionare la terapia, la dose e il tempo di trattamento migliori. La medicina predittiva quindi si pone come medicina dell'individualità, ma per essere tale richiede un processo di crescita delle conoscenze e di profonda innovazione nei modelli culturali medici.

La velocità di questo duplice processo sarà probabilmente definita non solo dal progredire della ricerca di base ma ancora di più dalla capacità dei medici, degli altri professionisti della salute e dei pazienti di valorizzare la disponibilità e l'uso di informazioni di rischio individuale, in particolare genetiche, e di essere però consapevoli dei limiti e/o inconvenienti legati a questa nuova situazione, come di seguito si cerca di esemplificare:

- il risultato dei test predittivi raramente dà la *certezza*, cioè i test (e quelli genetici in particolare) non sempre consentono di stabilire con sicurezza se, quando e a quale livello di gravità la persona interessata si ammalerà. Infatti, molte di queste indagini misurano solo la suscettibilità individuale nei confronti di una malattia, diversa da quella media della popolazione;
- test e screening (genetici e non) di medicina predittiva permettono di individuare soggetti a rischio ma – per tali soggetti – potrebbe accadere che non sia possibile modificare la probabilità di sviluppare la malattia;
- con la medicina predittiva, persone clinicamente normali potrebbero diventare "pre-pazienti" per anni, prima di sviluppare la condizione per la quale sono a rischio, con possibili ripercussioni di tipo psicologico, discriminazioni sociali, in ambito lavorativo o nel settore assicurativo, ecc.

Le principali caratteristiche di un intervento di sanità pubblica possono essere riassunte nel fatto che esso sia:

- basato su valutazioni di *efficacia* (auspicabilmente: cost-efficacy) in una popolazione di riferimento;



- organizzato per *percorsi* e quindi non soltanto delegato alla competenza/sensibilità/iniziativa tecnico-professionale¹⁵;
- mirato all'equità e quindi basato sul coinvolgimento attivo della popolazione destinataria;
- dotato di un esplicito sistema informativo e di valutazione¹⁶.

Gli stessi principi, in linea di massima, valgono per i programmi di medicina predittiva da implementare o già in atto. In particolare: la malattia dovrebbe essere rilevante; il test di screening dovrebbe essere altamente predittivo e ben valutato; le conseguenze di un risultato sia negativo che positivo dovrebbero essere determinate a priori ed essere applicate nella pratica; l'intervento conseguente al test di medicina predittiva e il follow-up dovrebbero essere accessibili a tutti; all'utenza dovrebbe essere assicurata una scelta informata (anche in termini di comprensione delle potenzialità dell'intervento) e la disponibilità di servizi di counselling.

Per giungere a questo traguardo è necessario programmare il trasferimento delle conoscenze di base (ricerca traslazionale ed analisi di fattibilità) in modo tale che dalla scoperta candidata all'applicazione clinica e di sanità pubblica, si possa passare a linee-guida evidence-based e alle valutazioni di impatto sulla popolazione.

Tener conto di tali esigenze nella programmazione di interventi di medicina predittiva significa mettere concretamente al centro del progetto di salute la persona.

All'interno della cornice generale sull'uso dei test genetici, un rilievo particolare assumono alcune *regole di utilizzo* che ad ogni buon fine vanno rammentate.

Secondo l'articolo 12 della Convenzione di Oviedo "non si potrà procedere a dei tests predittivi di malattie genetiche o che permettano sia di identificare il soggetto come portatore di un gene responsabile di una malattia sia di rivelare una predisposizione o una suscettibilità genetica a una malattia se non a fini medici o di ricerca medica, e sotto riserva di una consulenza genetica appropriata". Anche secondo la World Medical Association, che nel 1995 ha proposto una regolamentazione per i test genetici, è giustificato ricorrere ai test solo nei casi in cui sia possibile una terapia o un intervento profilattico per correggere la condizione genetica individuata, oppure quando dalla informazione genetica raccolta derivino decisioni che l'individuo deve prendere se ha intenzione di procreare¹⁷.

Se queste indicazioni riguardano l'uso appropriato dei test genetici, ulteriori considerazioni riguardano la loro opportunità/convenienza e coinvolgono i rapporti tra medicina predittiva genetica e sanità pubblica. La prospettiva di trasportare a livello di popolazione i vantaggi della genomica ha avviato da oltre 10 anni in tutto il mondo una riflessione che – ancorché non conclusa – ha già evidenziato come si debba tener conto del tipo di sistema sanitario nel quale ci si trova. Allo stato attuale, per il nostro Paese, la sede più appropriata per la gestione della sola medicina predittiva legata alla genetica appare essere quello del rapporto individuale medico-persona. In tale contesto (interpretabile anche come modello organizzativo) si potenziano al massimo i benefici della definizione di un profilo personale di rischio ma anche le possibilità di gestire, all'interno di un processo di empowerment individuale della persona destinataria, l'incertezza probabilistica e i possibili problemi etici, sociali, psicologici e legali/assicurativi.

La medicina predittiva costituisce, dunque, un'evoluzione principalmente in termini culturali, perché supera il dualismo tra persona ed ambiente, leggendo in una visione più integrata la malattia, non solo come il risultato di un'esposizione ad agenti patogeni o a fattori di rischio, ma anche come interazione tra fattori esogeni ed endogeni, ossia la predisposizione individuale, sia genetica che dovuta a fattori evolutivi.

Se dunque l'approccio teorico non può essere che condiviso, la sua traduzione pratica necessita di valutazioni più approfondite, a partire dagli strumenti effettivamente disponibili, dalla loro sostenibilità economica e gestione nella relazione con la persona.

Non sfugge infatti, come prima detto, che predire una maggior probabilità di incorrere in una patologia, quand'essa non può comunque essere prevenuta ma solo "attesa" e al più diagnosticata precocemente,

¹⁵ Ci si riferisce a quegli ambiti di assistenza/prevenzione nei quali l'attivazione del processo sanitario *evidence-based* è lasciata (anche all'interno di cornici contrattuali) al singolo professionista e nei quali non ci sia una definizione "a priori" del profilo di assistenza.

¹⁶ Tale caratteristica è necessaria de facto.

¹⁷ È l'applicazione del cosiddetto *principio di beneficenza*, per cui si deve agire per un reale ed effettivo bene della persona.

pone la persona in una condizione psicologica critica, con possibilità di generare squilibri o peggio di richiedere trattamenti invasivi o approcci particolarmente aggressivi.

Medicina predittiva

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	SOTTOBIETTIVI	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	Individuare, nell'ambito degli strumenti disponibili di medicina predittiva, le utilizzazioni in ambito di programmi di sanità pubblica	<p>Valutare le pratiche appropriate ed efficaci di medicina predittiva</p> <p>Promuovere uno studio di fattibilità economica ed organizzativa sul trasferimento dei principi e delle metodologie della medicina predittiva</p> <p>Promuovere la valutazione di impatto etico, sociale, medico-legale e assicurativo di una strategia di diffusione della medicina predittiva</p>	<p>Censire le attività di medicina predittiva in essere</p> <p>Estendere l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare</p> <p>Valutare l'appropriatezza delle attività di medicina predittiva già in essere</p> <p>Costruire percorsi di stratificazione e gestione del rischio dei tumori della mammella e del colon-retto</p>



[Handwritten signature]

3. La prevenzione universale

3.1 La prevenzione nella comunità

Guardare alla persona come centro dell'intervento di prevenzione, significa saperla leggere nel contesto in cui si trova, collocandola in una situazione dinamica di relazioni con le altre persone, ma anche con agenti biologici, chimici e fisici presenti nell'ambiente, e con le strutture abitative, ricreative, lavorative frequentate. Secondo una tale visione, la prevenzione non può dunque pensare a singoli interventi che riguardano la singola persona, ma deve mirare, nella strategia complessiva, a far sì che tutto quanto circonda e, in certa misura, compenetra la persona, possa concorrere al suo benessere.

Questo significa saper collocare ogni singola azione in un contesto complessivo, del quale si ha piena padronanza (attraverso gli indicatori epidemiologici), rispetto al quale si definiscono gli obiettivi (scegliendo le priorità verso cui indirizzare le risorse in base a criteri dichiarati) e nel quale si mettono in atto le azioni adeguate (sulla base delle evidenze di efficacia).

La prevenzione collettiva prevede, dunque, interventi finalizzati ad affrontare problematiche sanitarie di rilievo quali-quantitativo, con interventi rivolti sia alla persona (screening, vaccinazioni, educazione sanitaria, ...), sia agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ...).

Per quel che riguarda la prevenzione universale, il PNP, salvaguardando i principi dell'integrazione, della contestualizzazione e dell'efficacia già ricordati, interverrà dunque nelle seguenti aree:

- L'area della sicurezza, finalizzata alla prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale, lavorativo e domestico;
- la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici, che comprende:
 - o le malattie suscettibili di vaccinazione e le infezioni correlate all'assistenza sanitaria;
 - o le malattie causate da alimenti e bevande;
 - o le malattie professionali ed in ambito lavorativo;
 - o le malattie correlate all'inquinamento;
- la prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari
- la prevenzione oncologica anche attraverso gli screening, trattata nel capitolo 4.

3.2. Area della Sicurezza

L'incidentalità, in ambito sia stradale sia lavorativo sia domestico, costituisce la principale causa di morte in età giovane adulta, come rilevabile anche nell'Atlante della mortalità prevenibile.

Altra peculiarità dei danni da incidenti e infortuni consiste nel fatto che, a differenza delle patologie cronicodegenerative, c'è sempre un nesso di causalità tra fattori ambientali/strutturali/comportamentali e l'effetto patologico.

Nelle diverse aree, il peso dei diversi fattori può variare (negli incidenti stradali sono prevalenti il comportamento alla guida, le condizioni del veicolo e delle strade, ecc), tuttavia, l'origine dell'evento è riconducibile ad una causa e ciò rende l'area della sicurezza un ambito nel quale le iniziative di prevenzione possono incidere sensibilmente nel modificare il fenomeno patologico.

Per tali premesse, in questo settore è possibile delineare obiettivi ed indicatori, di seguito sintetizzati.

a. Incidenti stradali

Costituiscono, ad oggi, l'area nella quale si verifica il numero maggiore di morti precoci e di invalidità in soggetti giovani. In coerenza con le indicazioni europee è, dunque, da perseguire una riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti, con particolare riguardo a quelli determinati da uso di sostanze stupefacenti e da uso di sostanze alcoliche, eccesso di velocità e di quelli dovuti a mancato utilizzo di protezioni passive (corretto uso di casco, cinture e utilizzo dei seggiolini per bambini).

La disponibilità di revisioni sistematiche sulle misure utilizzate per la riduzione degli incidenti stradali, può consentire alcune riflessioni sulle possibilità di intervento e sulla relativa efficacia:

- l'apposizione di telecamere in prossimità dei semafori e di rilevatori di velocità riducono gli incidenti gravi¹⁸;
- la visita oculista a tutti i guidatori oltre i 55 anni di età non sembra correlata ad un minor rischio di incidenti¹⁹;
- la formazione successiva all'acquisizione della patente di guida non sembra incidere sulla riduzione degli incidenti²⁰.

Gli interventi previsti dovranno rispondere ai seguenti requisiti:

- interventi in ambito scolastico, inseriti nei curriculum scolastici, evitando gli interventi di esperti direttamente nelle classi. Una riflessione dovrebbe essere fatta anche alla luce di recenti revisioni sistematiche sui corsi per il conseguimento del patentino per ciclomotori in ambito scolastico, che sembrano migliorare le performance degli studenti all'esame, ma non ridurre l'incidentalità provocata da tali soggetti²¹;
- campagne di comunicazione e interventi specifici, preventivamente valutati sulla base di valutazioni di efficacia;
- utilizzo/attivazione sistemi di sorveglianza per disporre di dati tempestivi e relativi alla popolazione di riferimento;
- collaborazione e coordinamento nella progettazione e realizzazione degli interventi con gli altri soggetti istituzionali competenti nella materia;
- Interventi normativi (adeguamento del codice della strada alle direttive europee).

Prevenzione eventi infortunistici stradali

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali, con particolare riguardo a quelli determinati da uso di sostanze stupefacenti, eccesso di velocità e di quelli dovuti a mancato utilizzo di protezioni passive (corretto uso di casco, cinture e utilizzo dei seggiolini per bambini).	-Interventi normativi (adeguamento del codice della strada alle direttive europee in merito a certificazioni e sanzioni) - Comunicazione - Elaborazione dei dati statistici disponibili con individuazione priorità e aree di possibile intervento	Gli interventi previsti debbono rispondere ai seguenti requisiti: - interventi in ambito scolastico: solo se inseriti nei curriculum scolastici - campagne di comunicazione e interventi specifici, preventivamente valutati sulla base di valutazioni di efficacia - utilizzo/attivazione sistemi di sorveglianza per disporre di dati tempestivi e riferiti alla popolazione di riferimento - collaborazione e coordinamento nella progettazione e realizzazione degli interventi con gli altri soggetti pubblici con compiti istituzionali nella materia

b. Infortuni sul lavoro

La prevenzione degli infortuni sul lavoro rientra tra le linee di intervento sociale promosse dall'Unione Europea; obiettivi d'impatto e guadagno per la salute e la sicurezza sul lavoro 2007 – 2012 sono stati altresì proposti dalla Commissione Europea al Parlamento, al Consiglio, al Comitato economico e sociale, e al Comitato delle Regioni [Bruxelles, 21/2/2007, COM (2007) definitivo].

Lo standard indicato a livello europeo è la riduzione del 25% del tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro, da raggiungere entro il 2012 nell'EU-27.

18 Red-light cameras for the prevention of road traffic crashes -www.cochrane.org/reviews/en/ab003862.html

19 Vision screening of older drivers for preventing road traffic injuries and fatalities- www.cochrane.org/reviews/en/ab006252.html

20 Post-licence driver education for the prevention of road traffic crashes

Ker K, Roberts IG, Collier T, Beyer FR, Bunn F, Frost C - http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003734.html

21 School-based driver education for the prevention of traffic crashes

Roberts IG, Kwan I- http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003201.html

Il perseguimento di tali obiettivi, pur se non indicanti le percentuali di riduzione, è stato previsto anche nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008; nel Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro sottoscritto dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 1/8/2007; nei Piani di Prevenzione Nazionali collegati al Piano Nazionale della Prevenzione conclusisi nel 2009.

In tutti questi indirizzi e documenti programmatici viene posto l'obiettivo della concreta riduzione degli infortuni e delle malattie professionali nei luoghi di lavoro.

È, dunque, necessario che il presente PNP consideri in modo adeguato le azioni da porre in atto per l'obiettivo di mantenimento del trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo e, in particolare:

- definizione ed attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e controllo che prevedano una focalizzazione sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio a partire da edilizia ed agricoltura; nei programmi sarà considerato anche il benessere complessivo dei lavoratori;
- promozione della attività dei comitati regionali di coordinamento (ex art. 7 D.Lgs 81/08) per lo sviluppo di programmi di prevenzione e controllo condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro;
- definizione di protocolli di intesa con il sistema prevenzione (DRL, INAIL, VVF, AG, ecc.) per l'attuazione di interventi basati sull'evidenza;
- studi di valutazione dell'efficacia delle inchieste infortuni e ipotesi di modifica delle procedure in atto, alla luce di un miglior utilizzo delle risorse umane del SSN.

Strumento indispensabile sarà la messa a regime del sistema informativo derivante dal progetto nazionale INAIL/ISPESL/Regioni (NFI + Inf. Mortali) e collaborazione alla realizzazione del SINP.

Prevenzione eventi infortunistici e patologie lavoro-correlate

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
- Mantenimento del trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo	- Definizione di protocolli di intesa con il sistema prevenzione (DRL, INAIL, VVF, AG, ecc.) per l'attuazione di interventi basati sull'evidenza - Studi di valutazione dell'efficacia delle inchieste infortuni e ipotesi di modifica - Messa a regime del sistema informativo derivante dal progetto nazionale INAIL ISPESL Regioni (NFI + Inf. Mortali) e collaborazione alla realizzazione del SINP.	- Definizione ed attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e controllo che prevedono: - focalizzazione sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio a partire da edilizia ed agricoltura - promozione della attività dei comitati regionali di coordinamento (ex art. 7 D.Lgs 81/08) per lo sviluppo di programmi di prevenzione e controllo condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro.
- Monitoraggio - Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali	- Utilizzo dei sistemi informativi per la valutazione dati e produzione dei report nazionali finalizzati alla redazione di programmi nazionali in comparti produttivi e a maggior rischio	Elaborazione di report regionali e programmi con eventuali interventi di prevenzione e monitoraggi delle esposizioni

c. Incidenti in ambito domestico

Anche in tale settore si perseguiranno obiettivi di :

- Riduzione della mortalità da eventi traumatici, in particolare frattura di femore nella popolazione anziana (età > 65 aa);
- Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta, ustioni e avvelenamenti nei bambini dagli 0 ai 4 anni;
- Integrazione dei diversi soggetti che agiscono sul target attraverso un approccio multifattoriale di promozione della salute;
- Riduzione dei rischi infortunistici nelle istituzioni sanitarie, con particolare riguardo alla popolazione anziana;
- Riduzione dei rischi ergonomici ed infortunistici nelle civili abitazioni, da sviluppare in particolare in collaborazione con gli Enti Locali.

Strumento di supporto sarà l'elaborazione dei dati di mortalità ISTAT e delle SDO per monitorare il fenomeno e sviluppo di ulteriori sistemi di sorveglianza (SINIACA).

Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della mortalità da eventi traumatici, in particolare frattura di femore nella popolazione anziana (età > 65 aa) - Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione dei dati di mortalità ISTAT e delle SDO per monitorare il fenomeno e sviluppo di ulteriori sistemi di sorveglianza (SINIACA) - Interventi formativi e di comunicazione, da avviare in partenariato con enti, istituzioni, organizzazioni interessate - Monitoraggio dei modelli di intervento globale attivati dalle regioni mediante un approccio multifattoriale di promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici nelle istituzioni sanitarie, con particolare riguardo alla popolazione anziana - Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi ergonomici ed infortunistici nelle civili abitazioni, da sviluppare in particolare in collaborazione con gli Enti Locali- - Promozione di interventi che prevedano l'integrazione dei diversi soggetti che agiscono sul target attraverso un approccio multifattoriale di promozione della salute

[Handwritten signature]
2f.

3.3. Prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici

a. Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione e delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

L'epidemiologia delle malattie infettive è forse l'ambito nel quale si sono verificati i più rilevanti cambiamenti nel secolo scorso:

- la progressiva riduzione delle malattie con carattere epidemico, che cioè coinvolgono migliaia di persone: unici esempi rimasti sono costituiti da varicella e scarlattina, mentre morbillo, rosolia, parotite, grazie alle vaccinazioni, hanno visto ridursi incidenza e, conseguentemente, complicità;
- il mutare di alcune patologie infettive dal classico quadro acuto a situazioni cronicizzate: è il caso delle epatiti virali B e C, dell'AIDS e, almeno in parte, della Tuberculosis;
- l'interessamento, per molte malattie, di soggetti che si trovano in particolari condizioni di fragilità, ove quindi, oltre alla presenza dell'agente patogeno, è la situazione di salute che concorre al verificarsi della malattia; ne sono esempi la malattia tubercolare in soggetti stranieri soggiornanti in condizioni abitative precarie e le diarree da *Clostridium difficile* che coinvolgono quasi esclusivamente anziani defedati;
- la maggior importanza, nelle modalità di trasmissione, dei comportamenti individuali; il contagio è sempre meno casuale e sempre più determinato dalla mancata adozione di misure di prevenzione che potrebbero evitare il contagio.

Tutto ciò richiede, da una parte, il mantenimento di una sorveglianza accurata, che trova nel sistema informativo delle malattie infettive il suo cardine, dall'altra, una modifica delle strategie di sanità pubblica.

Per quanto riguarda le malattie suscettibili di vaccinazione è necessario che sia data la giusta importanza alla valenza collettiva che hanno le campagne, ovvero che siano in grado di raggiungere l'eliminazione delle malattie: in questo caso i risultati raggiunti per la poliomielite e raggiungibili per morbillo, rosolia congenita ed epatite virale B dovranno essere mantenuti e perseguiti.

La percezione della popolazione potrebbe essere, infatti, che, alla scomparsa o sensibile riduzione di una malattia diffusa, non sia più necessario il mantenimento delle coperture vaccinali.

Obiettivi del PNP e, conseguentemente, di eventuali ulteriori provvedimenti assunti, saranno dunque:

- raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. da *Haemophilus* di tipo B);
- definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze (influenza, pneumococco 23-valente) o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze (HPV);
- verificare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, come strumento fondamentale per qualsivoglia politica vaccinale, e, ove non completata, valutarne gli ostacoli e le soluzioni;
- monitorare le coperture vaccinali nei confronti delle vaccinazioni incluse nei LEA e, ove non raggiunti gli obiettivi, definire quali strategie e soluzioni;
- implementare la sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali delle malattie prevenibili con le vaccinazioni (es.: meningococco, pneumococco);
- migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio;
- effettuare, per i vaccini non inclusi nei LEA, analisi che considerino: frequenza e severità della patologia, evidenza di efficacia dei preparati disponibili, disponibilità di strumenti di monitoraggio degli effetti avversi e del fenomeno del rimpiazzamento, valutazioni di impatto sulla malattia nei contesti regionali ove sono stati introdotti;
- progettare ed attuare programmi di informazione e comunicazione per il sostegno ai programmi vaccinali.



Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. da <i>haemophilus</i> di tipo B) - Definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze (influenza, pneumococco 23-valente) o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze (HPV) 	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuare, per i vaccini non inclusi nei LEA, analisi che considerino: frequenza e severità della patologia, evidenza di efficacia dei preparati disponibili, disponibilità di strumenti di monitoraggio degli effetti avversi e del fenomeno del rimpiazzamento, valutazioni di impatto sulla malattia nei contesti regionali - ove sono stati introdotti - Progettazione ed attuazione di programmi di informazione e comunicazione per il sostegno ai programmi vaccinali 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, come strumento fondamentale per qualsivoglia politica vaccinale, e, ove non completata valutarne gli ostacoli e le soluzioni; - Monitorare le coperture vaccinali nei confronti delle vaccinazioni incluse nei LEA e, ove non raggiunti gli obiettivi, definire quali strategie e soluzioni; - Implementare la sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali delle malattie prevenibili con le vaccinazioni (es.:meningococco, pneumococco) - Migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio

Per quanto riguarda la prevenzione e il controllo delle patologie trasmissibili per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni, gli obiettivi saranno:

- ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV;
- raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle scuole;
- ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto (profilassi perioperatoria, cateterizzazione);
- ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali;
- limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione (Chikungunya, West Nile);
- adeguare le misure di controllo (isolamento, allontanamento scolastico, controlli per parassitosi) alle evidenze di efficacia e limitarne l'utilizzo alle patologie per cui è possibile evitare casi secondari;
- attivare iniziative di formazione e comunicazione nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse, con preventiva valutazione delle evidenze di efficacia disponibili;
- prevedere protocolli di intervento per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria di dimostrata efficacia, valutandone l'effettiva applicazione e le ricadute epidemiologiche;
- prevedere protocolli di collaborazione medico-veterinaria per le zoonosi;
- prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi;
- adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei)
- individuare, sulla base dei dati epidemiologici disponibili e della frequenza e gravità delle patologie, l'ordine di priorità, anche mettendo a punto modelli di lettura sintetici;
- definire modalità operative di intervento per le patologie ritenute maggiormente incidenti e per cui sono disponibili interventi di controllo (es.TB);



- individuare statistiche sanitarie correnti che forniscano, anche indirettamente, informazioni sulla circolazione degli agenti patogeni (SDO, sorveglianza di laboratorio);
- adeguare la normativa specifica per TB, Lebbra ed AIDS, includendo i benefici nel quadro complessivo dei LEA.

Prevenzione delle malattie infettive

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV - Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle scuole; - Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto (profilassi perioperatoria, cateterizzazione) - Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali - Limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione (Chikungunya, West Nile) 	<ul style="list-style-type: none"> - Adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei) - Individuare sulla base dei dati epidemiologici disponibili e della frequenza e gravità delle patologie l'ordine di priorità, anche mettendo a punto modelli di lettura sintetici; - Definire modalità operative di intervento per le patologie ritenute maggiormente incidenti e per cui sono disponibili interventi di controllo (es. TB); - Individuare statistiche sanitarie correnti che forniscano, anche indirettamente, informazioni sulla circolazione degli agenti patogeni (SDO, sorveglianza di laboratorio) - Adeguare la normativa specifica per TB, Lebbra ed AIDS, includendo i benefici nel quadro complessivo dei LEA 	<ul style="list-style-type: none"> - Adeguare le misure di controllo (isolamento, allontanamento scolastico, controlli per parassitosi) alle evidenze di efficacia e limitarne l'utilizzo alle patologie per cui è possibile evitare casi secondari - Attivare iniziative di formazione e comunicazione nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse, con preventiva valutazione delle evidenze di efficacia disponibili; - Prevedere protocolli di intervento per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria di dimostrata efficacia, valutandone l'effettiva applicazione e le ricadute epidemiologiche - Prevedere protocolli di collaborazione medico-veterinaria per le zoonosi - Prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi

b. Prevenzione patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici

Le patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici richiedono interventi che riguardano solo in parte le persone in modo diretto, perché passano attraverso azioni di vigilanza e controllo su ambienti e strutture.

In tale ambito, tradizionalmente denominato vigilanza e controllo, il raggiungimento dell'obiettivo di tutela della salute si fonda sulla osservanza di requisiti di legge e/o autorizzativi, sulla definizione dei rischi e sulla individuazione delle misure che ne possono limitare gli effetti.

Nella situazione attuale, ove le norme di legge hanno consentito di raggiungere un buon livello dei requisiti igienico-sanitari e di sicurezza di imprese e strutture produttive e di servizio, potrebbe apparire superata la necessità di interventi ispettivi e di controllo: se ciò avvenisse, tuttavia, il rischio di un arretramento sarebbe reale.



24

Per tale motivo, è necessario che il PNP consideri e presti particolare attenzione a quegli interventi che pur riguardando indirettamente le persone, agiscono sugli ambienti di vita (abitazioni, scuole, strutture sanitarie e socio-sanitarie, strutture ricreative ed alberghiere, ristorazione collettiva...) e di lavoro (imprese produttive e di servizio), promuovendone igienicità, salubrità qualità, con un impatto diretto sulla salute.

La vigilanza ed il controllo, però, non possono più essere condotte secondo canoni praticati quando la realtà abitativa e produttiva era completamente diversa e, dunque, fermo restando che il compito di definire requisiti, rischi e misure di controllo è svolto dalla ricerca scientifica e dalla attività legislativa e normativa, è necessario che si aumenti l'efficacia dei controlli.

Innanzitutto spostando l'attenzione dalla fase precedente all'avvio delle attività, come è stato finora, a quella di esercizio e prestando attenzione a due livelli:

- la verifica del rispetto dei requisiti quali precondizioni per la tutela della salute e dell'ambiente (verifica di conformità): attiene a questo livello l'attività di controllo condotta dalle ASL su imprese, strutture sanitarie e socio-sanitarie, abitazioni e strutture di vita collettive, e le ispezioni di ARPA in relazione alla normativa ambientale regionale, nazionale ed europea. In tali casi il controllo ha il significato di verificare, non preliminarmente, ma quando l'attività è in esercizio, il rispetto dei requisiti strutturali e funzionali e l'efficacia delle procedure di autocontrollo adottate dagli operatori: se cioè il responsabile attui tutte le misure necessarie al fine di prevenire, ridurre o evitare i possibili danni, derivanti dai rischi connessi ad ogni attività;
- il monitoraggio degli effettivi risultati in termini di protezione della salute: in questo senso vanno le indagini che si svolgono in caso di sospetto o al verificarsi di eventi "sentinella", ossia danni all'ambiente e alla salute, individuale e collettiva, che, in attuazione di tutte le misure preventive, non avrebbero dovuto verificarsi. Si tratta ad esempio di contaminazioni ambientali, intossicazioni da alimenti, infezioni contratte in ambiente ospedaliero o in comunità vaccinate, incidenti sul lavoro, decessi o danni gravi conseguenti a cure mediche o farmaci, intossicazioni conseguenti a sostanze inquinanti o clima. I controlli, in tal caso, hanno una duplice finalità: o conoscere la dinamica dell'evento, per ravvisare non conformità e relative responsabilità, o evidenziare fattori scatenanti non considerati nella definizione dei requisiti (che vanno quindi rimodulati) o, infine, per individuare le azioni di mitigazione.

Poiché l'attività di controllo non può riguardare, in modo continuo e ravvicinato, l'intero universo delle possibili fonti di rischio, è necessario porsi delle finalità precise e, di conseguenza, dei criteri che improntino la programmazione e realizzazione dell'attività di controllo individuando priorità di intervento modulate in base al livello del rischio.

In questo senso, il controllo comporta un effetto deterrente sul comparto o settore di interesse (interventi che individuino e conseguentemente sanzionino in modo adeguato le irregolarità fungono da stimolo ai diversi imprenditori ad adeguarsi alle regole) e concorre alla individuazione delle cause ricorrenti che generano effetti negativi, in modo che si possa incidere sulla ridefinizione di requisiti e vincoli.

Se l'attività di controllo deve perseguire la finalità di un miglioramento complessivo del sistema, la programmazione ne è strumento indispensabile.

Infatti l'attività di controllo non deve scaturire dalla risposta all'evento occasionale, a maggior impatto mediatico, o ad una attività di routine del tutto avulsa dalle effettive esigenze del territorio, ma deve rispondere alle indicazioni di priorità che derivano dalla valutazione del rischio e, privilegiando il lavoro per obiettivi, consentire un corretto utilizzo delle risorse.

La programmazione al livello locale deve basarsi sui seguenti elementi:

- l'analisi approfondita del contesto in cui ci si trova ad agire, in termini epidemiologici, organizzativi, sociali economici e culturali nonché la conoscenza della realtà soggetta a controllo mediante la realizzazione e aggiornamento continuo di anagrafi e banche dati;
- la definizione di obiettivi sostanziali, di tutela della salute e di sicurezza, discendenti dall'analisi di contesto, che consegue anche da una valutazione dei risultati dei controlli già effettuati;
- la definizione di priorità, che devono essere elaborate non nell'ottica del singolo Servizio o Distretto ma quantomeno nell'ottica dipartimentale e, in prospettiva, aziendale; la programmazione non potrà essere la somma dei programmi di ciascun Servizio o Dipartimento, ma prevedere complessivamente l'insieme delle esigenze, degli interventi necessari, delle risorse umane, delle risorse strumentali.



Nel percorso programmatico, dunque, l'analisi normativa si porrà, a differenza che nel passato, a posteriori; una volta definiti gli obiettivi (basati sulla ricognizione delle attività/strutture a maggior rischio per la salute e per l'ambiente), le scelte ed i criteri di priorità sottesi, tenuto conto delle risorse disponibili, si verificherà quali dei programmi previsti concordino con le disposizioni di legge, quali siano aggiuntivi e in quali casi siano adottabili misure, a livello regionale, per l'aggiornamento normativo.

Dunque il processo programmatico si inverte: le scelte non sono più dettate dal criterio "prima ciò che è previsto dalla legge" e poi il resto nel tempo che eventualmente rimane, ma "prima ciò che è necessario ed efficace". La definizione delle priorità nelle attività di vigilanza, ispezione e controllo richiede l'adozione di metodologie che consentano di effettuare una valutazione di impatto sulla salute e sull'ambiente delle diverse attività economiche e, conseguentemente, una graduazione dei livelli di rischio, da cui derivare finalità, tipologie, frequenze dei controlli.

Si ritiene che la categorizzazione delle attività soggette a controllo, in base al livello di rischio, debba consistere, da una parte, nel sistematizzare l'analisi del livello di rischio in base a parametri e metodi standardizzati da definire ed applicare su base regionale, dall'altra, nel condurre valutazioni che guardino complessivamente l'impatto e analizzino il rischio connesso ad una determinata attività o struttura, relativo a tutti i soggetti coinvolti nell'eventuale danno.

Il processo di programmazione ed attuazione degli interventi di vigilanza, ispezione e controllo richiede un costante ed approfondito monitoraggio, affinché se ne possa valutare l'efficacia ed apportare, di conseguenza, modifiche ed integrazione alla pianificazione degli anni successivi.

La verifica dei risultati ottenuti dall'attività di vigilanza consente, inoltre, di trarre utili informazioni volte ad introdurre elementi di miglioramento nell'impostazione delle verifiche stesse o, ancora, a ridefinire requisiti e standard di qualità, traducendoli in strumenti normativi o linee guida.

L'attività di verifica si pone su due piani principali: da una parte un esame delle attività di vigilanza, ispezione e controllo svolte, in termini quali-quantitativi; dall'altra un approfondimento sui risultati conseguiti, sia in termini di riduzione/contenimento del rischio sia di indagine sulle dinamiche che sono all'origine del danno e, quindi, degli strumenti più idonei a contenerli.

Il primo esame è volto soprattutto a valutare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, l'adeguatezza nella loro allocazione, le necessità di riqualificazione o di introdurre differenti modelli organizzativi.

La valutazione di efficacia richiama, invece, la metodologia dell'Evidence Based Prevention, o meglio, la tensione a mettere in campo strumenti perché le azioni della sanità pubblica siano sottoposte a verifica, anche quando i risultati perseguiti presentano un periodo medio-lungo per poter essere osservati.

Pertanto, alla luce di quanto suesposto, gli obiettivi da perseguire saranno:

- riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici, con particolare riguardo alle patologie e tumori professionali;
- contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi;
- riduzione delle fonti di inquinamento indoor, con particolare riguardo a radon e amianto;
- programmazione degli interventi di controllo nelle attività dei diversi settori economici sulla base di criteri di graduazione del rischio, per frequenza e gravità degli eventi patologici in lavoratori e popolazione;
- attivazione di coordinamento e sinergie tra parti sociali ed Istituzioni ed Enti preposti alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro, anche al fine di implementare le buone prassi ed i relativi sistemi premianti;
- attivazione di coordinamento e sinergie con ARPA, Province e Comuni al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali;
- verifica dei sistemi di rilevazione delle malattie professionali, con individuazione di strumenti e misure per ridurre il fenomeno della sottonotifica;
- studio e ricerca sui fattori di rischio negli ambienti di vita confinati;
- studio e ricerca sull'efficacia delle attività di vigilanza;
- studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità del datore di lavoro, con particolare riguardo all'attività dei medici competenti e responsabile sicurezza prevenzione e protezione;
- definizione di linee strategiche atte a tutelare dall'esposizione di inquinanti ambientali (inquinamento atmosferico, rifiuti, radon, fibre artificiali e fibre di amianto, pollini aerodispersi);
- implementazione e supporto Regolamento REACH, con:

 26

- o realizzazione della rete nazionale per la sorveglianza e il controllo, improntata a criteri di efficacia;
 - o organizzazione della rete laboratoristica interregionale a supporto delle attività di sorveglianza e controllo;
 - o definizione dei contenuti delle attività informative da delineare in relazione alle esigenze regionali;
 - o definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti;
- revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione.

Prevenzione dell'esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<p>- Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici (allergeni, muffe, pollini), con particolare attenzione alla salute dei bambini</p> <p>Contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi</p> <p>- Riduzione delle fonti di inquinamento indoor, con particolare riguardo a radon e amianto e fumo passivo</p>	<p>- Verifica dei sistemi di rilevazione delle malattie professionali, con individuazione di strumenti e misure per ridurre il fenomeno della sottotitofica</p> <p>- Studio e ricerca sui fattori di rischio negli ambienti di vita confinati</p> <p>- Studio e ricerca sull'efficacia delle attività di vigilanza</p> <p>- Studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità del datore di lavoro, con particolare riguardo all'attività dei medici competenti e responsabile sicurezza prevenzione e protezione</p> <p>- Definizione di linee strategiche atte a tutelare dall'esposizione di inquinanti ambientali (inquinamento atmosferico, rifiuti, radon, fibre artificiali e fibre di amianto, pollini e allergeni aerodispersi)</p> <p>- Definizione di linee strategiche atte a migliorare i requisiti igienici di qualità dell'aria indoor, in particolare nelle scuole e negli altri ambienti frequentati dai bambini</p> <p>- Implementazione e supporto Regolamento REACH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione della rete nazionale per la sorveglianza e il controllo, improntata a criteri di efficacia - Organizzazione della rete laboratoristica interregionale a supporto delle attività di sorveglianza e controllo - Definizione dei contenuti delle attività informative da delineare in relazione alle esigenze regionali - Definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti - Revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione 	<p>- Programmazione degli interventi di controllo nelle attività dei diversi settori economici sulla base di criteri di graduazione del rischio, per frequenza e gravità degli eventi patologici in lavoratori e popolazione</p> <p>- Attivazione di coordinamento e sinergie tra parti sociali ed Istituzioni ed Enti preposti alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro, anche al fine di implementare le buone prassi ed i relativi sistemi premianti</p> <p>- Attivazione di coordinamento e sinergie con ARPA, Province e Comuni al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali</p>

27

c. Prevenzione delle malattie determinate da alimenti

Con riguardo alla prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano, gli obiettivi sono sintetizzabili in :

- controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti;
- programmazione degli interventi di controllo nelle attività del settore alimentare sulla base di criteri di graduazione del rischio, per frequenza e gravità degli eventi patologici nella popolazione esposta;
- effettuazione di interventi di controllo che rispondano ai criteri previsti dalla normativa per gli organi del controllo ufficiale;
- sperimentazione di modelli di gestione della sicurezza degli alimenti appropriati per le imprese di piccola entità;
- sperimentazione dell'applicazione di modelli di audit sui servizi di controllo ufficiale;
- effettuazione di controlli improntati alla verifica:
 - o dello stato di applicazione dei principi di autocontrollo e di responsabilità degli operatori del settore alimentare;
 - o dell'attuazione del controllo interno da parte dei gestori dei servizi idrici;
- promozione dell'integrazione tra i vari soggetti che intervengono;
- studio e ricerca sull'efficacia delle attività di controllo ufficiale, con particolare riguardo agli audit e ai sistemi di allerta;
- studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità degli operatori del settore alimentare e dei gestori dei servizi idrici;
- definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti;
- revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione;
- adeguamento della normativa specifica per celiachia, includendo i benefici nel quadro complessivo dei LEA.

Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
- Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti	<ul style="list-style-type: none"> - Studio e ricerca sull'efficacia delle attività di controllo ufficiale, con particolare riguardo agli audit e ai sistemi di allerta - Studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità degli operatori del settore alimentare e dei gestori dei servizi idrici - Definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti - Revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione - Adeguamento della normativa specifica per celiachia, includendo i benefici nel quadro complessivo dei LEA 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmazione degli interventi di controllo nelle attività del settore alimentare sulla base di criteri di graduazione del rischio, per frequenza e gravità degli eventi patologici nella popolazione esposta - Effettuazione di interventi di controllo che rispondano ai criteri previsti dalla normativa per gli organi del controllo ufficiale; - Sperimentazione di modelli di gestione della s.a. appropriati per le imprese di piccola entità - Sperimentazione dell'applicazione di modelli di audit sui servizi di controllo ufficiale - Effettuazione di controlli improntati alla verifica: <ul style="list-style-type: none"> - dello stato di applicazione dei principi di autocontrollo e di responsabilità degli operatori del settore alimentare - dell'attuazione del controllo interno da parte dei gestori dei servizi idrici - Promozione dell'integrazione tra i vari soggetti che intervengono

3.4. Prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari.

Essendo, come si è detto, una notevole quota di fattori di rischio riconducibile al comportamento, appare chiaro che, nell'ambito degli interventi di promozione di stili di vita salutari, assumano una importanza strategica i programmi di comunicazione e formazione.

Grazie alla decennale esperienza di interventi soprattutto nel settore scolastico, molte sono le acquisizioni su principi e metodologie che debbono guidare la cosiddetta educazione sanitaria:

- Approccio globale e non per singoli determinanti: ancora una volta la persona va compresa nella sua interezza e dunque programmi e progetti dovrebbero avere un approccio multifattoriale, senza limitarsi a singoli aspetti;
- Sviluppo di competenze oltre che di conoscenze: l'informazione ("il fumo fa male") non è di per sé sufficiente a modificare l'agire della persona ("quindi non fumo");
- Integrazione nei percorsi formativi esistenti: ad esempio, la figura dello specialista che interviene direttamente sugli studenti non può garantire la stessa efficacia e continuità dell'insegnante e della traduzione nei curricula scolastici dei contenuti di salute;
- Intersettorialità: è indispensabile che più azioni intervengano su diversi ambiti, producendo messaggi uniformi e tali da indurre e facilitare l'adozione di scelte salutari.

Anche relativamente agli interventi comunicativi/formativi, è necessaria la valutazione di efficacia affinché la programmazione di tali interventi segua l'individuazione delle priorità e la scelta degli strumenti che abbiano dato maggior prova di successo. Nell'ambito della definizione delle priorità occorre quindi poter disporre di dati epidemiologici di sorveglianza, oltre che della patologia, anche dei comportamenti, stili di vita, utilizzo delle misure di prevenzione. In tal senso tra gli obiettivi e gli strumenti del PNP sono:

- Realizzare la sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute, favorendo l'implementazione di sistemi di sorveglianza su comportamenti e stili di vita (quali PASSI, PASSI d'argento, OKKio alla salute, HBSC) coordinati e raccordati con gli altri sistemi informativi
- Realizzare la sorveglianza di popolazione attraverso i sistemi e le indagini sopra riportati, coerentemente con le indicazioni nazionali
- Produrre e rendere disponibili in maniera integrata le basi dati
- Realizzare, comunicare e diffondere i profili di salute
- Analizzare i bisogni e rischi di salute della popolazione, definire e riadeguare le priorità, gli obiettivi ed i relativi interventi sanitari, ambientali e sociali, valutare l'impatto sulla salute degli interventi realizzati
- Individuare, promuovere e diffondere le pratiche e le attività di prevenzione di provata efficacia
- Favorire il processo di eliminazione delle pratiche inefficaci o dannose (certificati sanitari, idoneità, autorizzazioni inutili o non più adeguati alla attuale situazione epidemiologica)
- Migliorare e consolidare le attività di comunicazione dei risultati raggiunti
- Rendere fruibili network che favoriscano e sostengano lo sviluppo del PNP, anche in termini di formazione.

Sorveglianza e monitoraggio

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	SOTTOBIETTIVI	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute	Promuovere le pratiche di provata efficacia Implementare di sistemi di sorveglianza Realizzare profili di salute	Rendere fruibili network che favoriscano e sostengano lo sviluppo del PNP, anche in termini di formazione Individuare e diffondere le attività di prevenzione di dimostrata efficacia/Favorire il processo di eliminazione delle pratiche inefficaci o dannose (certificati sanitari, idoneità, autorizzazioni)	Rendere fruibili network regionali che favoriscano e sostengano lo sviluppo del PNP, anche in termini di formazione Produrre e rendere disponibili in maniera integrata basi dati Analizzare i bisogni e rischi

		<p>inutili o non più adeguati alla attuale situazione epidemiologica)</p> <p>Favorire l'implementazione di PASSI, PASSI d'argento e OKkio alla salute ed il loro raccordo con gli altri sistemi informativi</p> <p>Comunicare e diffondere i dati derivanti dai profili di salute</p>	<p>della popolazione, definire e riadeguare le priorità, gli obiettivi ed i relativi interventi sanitari, ambientali e sociali, valutare l'impatto sulla salute degli interventi realizzati</p> <p>Realizzare la sorveglianza di popolazione (OKkio, PASSI e coerentemente con le indicazioni nazionali</p> <p>Migliorare e consolidare le attività di comunicazione dei risultati raggiunti</p>
--	--	---	--

Le azioni di promozione della salute, e in specifico di educazione, comunicazione e formazione, saranno ugualmente improntate ai seguenti obiettivi e strumenti:

- Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% (da valutare con stime campionarie); le linee strategiche e di supporto per il raggiungimento di questo obiettivo prevedono, in particolare:
 - o partnership e alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi, all'interno delle attività didattiche e curricolari, orientate all'*empowerment* individuale e di comunità;
 - o programmi volti all'incremento del consumo di frutta e verdura nella popolazione in generale (da valutare con l'aiuto di dati di commercializzazione);
 - o programmi di promozione dell'allattamento al seno;
 - o programmi per il miglioramento e il controllo della qualità nutrizionale del menù delle mense scolastiche ed aziendali.
- Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con dati derivanti da sistemi di sorveglianza specifica, quali PASSI, OKkio alla salute, HBSC); le linee strategiche e di supporto per il raggiungimento di questo obiettivo prevedono, in particolare:
 - o programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, adulti, ecc.).

Entrambi questi obiettivi potranno essere raggiunti attivando azioni di supporto alle linee strategiche, che si avvalgano di programmi di ricerca per la valutazione dell'efficacia degli interventi adottati, la valorizzazione e la promozione di migliori o buone pratiche. Potranno essere stipulati accordi con associazioni di categoria e/o accordi intersettoriali di tipo politico organizzativo. Si può prevedere la messa a punto di sistemi informativi integrati sui dati di comportamento della popolazione target, per realizzare interventi di educazione e campagne informative/formative con metodi di provata efficacia. Si dovrà prevedere un sistema di follow-up per il monitoraggio e la valutazione dei programmi.

- Riduzione dei consumatori di alcol a rischio (percentuale dei consumatori fuori pasto, dei consumatori giornalieri di quantità superiori a quelle considerate compatibili, anche in relazione all'età, dei "binge drinkers", dei consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica derivante dall'alcol, dei consumatori all'interno dei luoghi di lavoro), da valutare con dati ISTAT, ISS e con sistemi di sorveglianza specifica
- Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con sistemi di sorveglianza specifica)
- Prevenzione delle patologie da carenza iodica
- Recepimento delle linee strategiche del Piano Nazionale Alcol e Salute (già approvate con accordo Stato-Regioni del 29 marzo 2007)
- Attivazione di programmi scolastici di prevenzione dell'iniziazione al fumo, in associazione con programmi di promozione di attività fisica e corretta alimentazione

 30

- Stipula di accordi con Associazioni di categoria per la vendita e distribuzione responsabile delle bevande alcoliche
- Sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio personali e sociali nella fascia adolescenziale.
- Promozione di interventi, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con le agenzie educative, mirati a:
 - o conoscenza delle conseguenze a breve e lungo termine dei comportamenti di abuso;
 - o conoscenza dei fattori di rischio per i comportamenti di abuso.
- Implementazione di strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia, con l'obiettivo di avviare il più precocemente possibile i soggetti interessati ai Servizi.

Prevenzione delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<p>- Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% (da valutare con stime campionarie)</p> <p>- Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con sistemi di sorveglianza specifica)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di programmi di ricerca per la valutazione di efficacia degli interventi di promozione della salute - Valorizzazione e promozione delle migliori pratiche - Stipula di accordi con Associazioni di categoria - Stipula di accordi intersettoriali di carattere politico organizzativo (ad es: panificatori, urbanistica, trasporti...) - Messa a punto di sistemi informativi integrati sui dati di comportamento - Realizzazione di interventi di educazione e di campagne di informazione/formazione con metodologie di provata efficacia - Messa a punto di un sistema di follow-up per il monitoraggio e la valutazione dei programmi 	<ul style="list-style-type: none"> - Partnership/ alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi, all'interno delle attività curriculari, orientati all'<i>empowerment</i> individuale - Programmi volti all'incremento dei consumi di frutta e verdura nella popolazione generale (da valutare con i dati di commercializzazione) - Programmi di promozione dell'allattamento al seno - Programmi per il miglioramento e controllo della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche e/o aziendali - Programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc)



<p>- Riduzione dei consumatori di alcol a rischio (percentuale dei consumatori fuori pasto, dei consumatori giornalieri di quantità superiori a quelle considerate compatibili, anche in relazione all'età, dei "binge drinkers", dei consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica derivante dall'alcol, dei consumatori all'interno dei luoghi di lavoro), da valutare con dati ISTAT, ISS e con sistemi di sorveglianza specifica</p> <p>- Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con sistemi di sorveglianza specifica)</p> <p>- Prevenzione delle patologie da carenza iodica</p>	<p>- Stipula di accordi con Associazioni di categoria per la vendita e distribuzione responsabile delle bevande alcoliche</p> <p>- Attivazione di programmi di ricerca per la valutazione di efficacia degli interventi di promozione della salute</p> <p>- Messa a punto di sistemi informativi integrati sui dati di comportamento</p> <p>- Attivazione di programmi di ricerca per la valutazione di efficacia dei programmi di promozione della salute</p> <p>- Messa a punto di sistemi informativi integrati sui dati di comportamento</p>	
<p>Sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio personali e sociali nella fascia adolescenziale.</p>	<p>Realizzazione di progetti di ricerca/intervento basati su prove di efficacia</p> <p>Monitoraggio e valutazione dei programmi attivati con follow up a distanza.</p>	



JS

4. La prevenzione nella popolazione a rischio

4.1 Prevenzione e individuazione del rischio

Come precedentemente indicato, la prevenzione guarda alla persona e alla comunità per promuoverne la salute – potenziando i determinanti positivi e riducendo quelli negativi-, per individuare precocemente fattori di rischio, e rimuoverli, per diagnosticare precocemente le patologie al fine di assicurare una migliore aspettativa di vita; per individuare percorsi assistenziali e riabilitativi adeguati.

Conseguentemente, l'articolazione del presente Piano, in prevenzione universale, prevenzione selettiva e prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia, presenta pregi e svantaggi. Da una parte, infatti, essa è molto utile per meglio inquadrare l'ordine dei problemi che i servizi del SSN si trovano a dover affrontare ma, dall'altra, porta in sé il rischio di una descrizione frammentata degli interventi dovuti che potrebbe – in qualche caso - far perdere di vista uno dei principali obiettivi da perseguire: la continuità della presa in carico.

Per tale motivo – in considerazione del fatto che scopo della prevenzione nella popolazione a rischio è quello di anticipare il più possibile la scoperta di uno stato morboso, ma quando questo si è rivelato dovrebbero intervenire, senza soluzione di continuità, le attività di prevenzione volte ad evitare le complicanze e le recidive di malattia – gli specifici target della prevenzione selettiva sono accorpati – ove opportuno – ai target propri delle attività di prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia.

In ogni caso, nello svolgimento delle attività di prevenzione tanto secondaria quanto, soprattutto, terziaria un ruolo fondamentale spetta a MMG e PLS. Infatti, per lo sviluppo ottimale della gestione integrata delle malattie croniche, appare fondamentale assicurare:

- il sostegno e il rafforzamento delle risorse del paziente e della sua famiglia che, se ben motivati ed istruiti, aderiscono meglio al trattamento e gestiscono autonomamente parti della cura;
- il supporto forte alle cure primarie, che consiste essenzialmente nella messa a punto di un piano di controlli e trattamenti, nonché nella verifica che il paziente effettui tali controlli e i trattamenti (case management);
- l'integrazione tra le diverse strutture assistenziali (strutture di assistenza primaria, ospedali, pronto soccorso, ecc), cui ci si riferisce anche con i termini di continuità assistenziale e integrazione tra ospedale e territorio;
- la valutazione dell'andamento della malattia e l'individuazione dei punti critici (disease management).

Tutto ciò sta a significare che nessun percorso di cura (ed è indifferente che si stia parlando di prevenzione delle complicanze del diabete, piuttosto che di prevenzione di recidive dell'infarto del miocardio, piuttosto che di riabilitazione dall'ictus, ecc.) è effettivamente realizzabile senza il coinvolgimento del MMG e del PLS. Occorre pertanto che CCM e Regioni coinvolgano le rappresentanze di MMG e PLS nel disegno dei percorsi di cura e che; poi, l'impegno di MMG e PLS nella realizzazione di detti percorsi risulti per chiaro nelle relative convenzioni di lavoro sia nazionali che regionali.

4.2 I tumori e gli screening

Nel 1975 lo IARC²² stimava 5,9 milioni di casi di cancro nel mondo. Tale numero è raddoppiato negli ultimi 30 anni e si prevede che tra 20 anni si arrivi a 25 milioni di casi. Benché il cancro non sia una malattia "nuova", è del tutto evidente che essa costituisce una priorità per tutti i Paesi ed ogni Paese dovrebbe stimarne il *burden* sulla base di dati locali per definire strategie di lotta e/o controllo adeguate²³. Tale circostanza segnala la necessità di estendere la rete dei registri tumori, anche sulla scia di quanto raccomandato recentemente dal Consiglio dell'Unione Europea e di quanto perseguito dal CCM. Sempre secondo lo IARC, le principali sedi neoplastiche che si riscontrano nei Paesi occidentali (e, dunque, anche in Italia) sono:

²² World Health Organization: World Cancer Report, 2008.

²³ L'informazione epidemiologica è un punto dolente, considerato che, nel 2000, meno del 20% della popolazione mondiale era coperta da registri tumori. Non migliore è la situazione in Italia, dove è coperta solo un quarto della popolazione con un discreto gradiente geografico (Nord=36,8%; Centro=25,5%; Sud e Isole=16,5%).



➤ per *incidenza*:

- negli uomini: prostata, polmone, colonretto, vescica, stomaco.
- nella donna: mammella, colonretto, polmone, stomaco.

➤ per *mortalità*:

- negli uomini: polmone, colonretto, prostata e stomaco.
- nella donna: mammella, colonretto, stomaco.

L'impegno prioritario per il nostro Paese, all'interno di una strategia condivisa con la Comunità Europea²⁴, è di contrastare il *burden* del cancro mediante una strategia complessiva di prevenzione e controllo fondata su prove di efficacia. In altre parole, si tratta di proseguire nell'attuazione di programmi di screening di popolazione ma anche di promuovere una sistematica attività di diagnosi precoce evidence-based.

Proprio perché la patologia tumorale è frequente e qualitativamente importante per la popolazione, gli interventi di diagnosi precoce costituiscono una priorità.

Gli screening, non solo in campo oncologico, hanno appunto la peculiarità di riguardare patologie ad elevata frequenza (in caso contrario la probabilità di intercettare casi positivi sarebbe remota) ma richiedono un livello di adesione piuttosto elevato (altrimenti i casi, anche frequenti, non potrebbero essere individuati). Inoltre è necessario, evidentemente, disporre di test che abbiano una elevata sensibilità, per rilevare il numero più elevato di sospetti, ma che al contempo consentano, nella fase di approfondimento, una elevata specificità, per evitare sovratrattamenti.

Proprio per queste caratteristiche gli screening sono un esempio di prevenzione di comunità: infatti ad essere efficace non è il TEST di screening (che ciascuno potrebbe utilizzare individualmente) ma il PROGRAMMA di screening (che vede combinati analisi epidemiologiche, di efficacia, di qualità).

La scelta di attuare uno screening o meno è quindi caratteristicamente una scelta di sanità pubblica, al di fuori della quale il rischio della inappropriata è elevato.

Ciò posto:

- la *decisione* di implementare o meno uno screening è del SSN secondo precisi criteri;
- la *realizzazione* dello screening può seguire due modalità:
 - screening organizzato: il percorso viene pianificato e, soprattutto, le persone in fascia sono reclutate direttamente e individualmente;
 - screening spontaneo o opportunist: la persona accede spontaneamente allo screening.

Esempio classico è costituito dallo screening mammografico, che è generalmente organizzato dalle ASL per le donne tra 50 e 69 aa, ma alla prestazione si può accedere spontaneamente anche tra i 45 e 49 aa.

Nella scelta dei programmi di screening da implementare occorre inoltre tenere conto dell'innovazione di dimostrata efficacia. Al riguardo, gli elementi innovativi più rilevanti acquisiti di recente sono:

- la possibilità di *differenziare classi di rischio* basate su caratteristiche cliniche e/o familiari e/o genetiche che richiedono lo sviluppo di programmi di screening specifici;
- la disponibilità di *nuove tecnologie*.

Infine, è opportuno ricordare il grande peso delle valutazioni etiche in questi campo, poiché la prevenzione secondaria coinvolge in effetti persone sane e non malate.

Gli ambiti di patologia preminenti per la prevenzione secondaria derivano dal rilievo epidemiologico, dalle indicazioni della Comunità Europea²⁵ e del Parlamento Italiano²⁶ nonché dal progredire delle conoscenze. È, dunque, identificata come prioritaria la diagnosi precoce dei tumori di mammella, cervice uterina, colonretto, polmone e prostata, con l'obiettivo generale di ridurre la mortalità causa-specifica e, laddove possibile, l'incidenza. Di seguito, per ciascuna di dette neoplasie, si enunciano gli elementi salienti che consentono di definire gli obiettivi di prevenzione secondaria elencati nella sottostante tabella.

Tumore della mammella

- nel periodo 1998-2002 tale patologia ha rappresentato il 24,9% del totale delle diagnosi e il 17,1% del totale dei decessi tumorali. Si stimano circa 38.000 nuovi casi/anno diagnosticati nel nostro Paese con incidenza in crescita, mentre la mortalità è in riduzione;

²⁴ COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, Council Conclusions on reducing the burden of cancer, 2876th EMPLOYMENT, SOCIAL POLICY, HEALTH AND CONSUMER AFFAIRS Council meeting. Luxembourg, 10 June 2008.

²⁵ Legge 138/04.

34

- i tassi di incidenza sono abbastanza omogenei tra le varie aree italiane con i valori più bassi osservati, generalmente, nelle aree del Sud Italia. Una parte delle differenze può essere legata a una diversa diffusione dei programmi di screening mammografico;
- i dati nazionali ed internazionali hanno dimostrato l'efficacia dei programmi di prevenzione secondaria basati sulla sola mammografia (screening) nelle 50-69enni eseguita ogni 2 anni: nelle donne che vi partecipano è dimostrata una riduzione della mortalità che può arrivare fino al 50%;
- i programmi di screening presentano criticità: incompleta copertura del territorio; carenze di adesione; talvolta non rispondenza ai requisiti minimi di qualità; scarso rilievo del profilo di rischio della singola donna (es. rischio genetico/familiare). Inoltre è opinione condivisa (Documento di consenso GISMa 2006) che, ferma restando la priorità di assicurare la qualità e la continuità dello screening biennale nella fascia di età 50-69 anni, sia necessario prendere in considerazione l'estensione dello screening alle fasce di età 45-49 anni e 70-74.

Tumore della cervice uterina

- si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice e che si registrino circa 1.100 morti per questo tipo di tumore;
- esistono molti programmi di screening organizzato a livello regionale. Questi programmi presentano criticità: incompleta copertura del territorio; carenze di adesione; talvolta non rispondenza ai requisiti minimi di qualità;
- sono disponibili due nuove tecnologie, da integrare nell'offerta preventiva: la vaccinazione anti HPV come prevenzione primaria e il test DNA-HPV per la prevenzione secondaria.

Tumore del colonretto

- si registra un aumento del tasso standardizzato di incidenza (passato - negli uomini - da 30,59 nel 1970 a 69,76 nel 2008 e - nelle donne - da 24,34 a 38,21) ma una progressiva riduzione della mortalità (passata - negli uomini - da 21,21 nel 1970 a 21,12 nel 2008 e - nelle donne - da 15,70 a 11,25);
- i programmi di screening di popolazione sono disomogeneamente attivati in Italia e sono basati quasi esclusivamente sull'uso del test immunochimico per la ricerca del sangue occulto fecale;
- sono disponibili nuove tecnologie per l'identificazione precoce delle lesioni.

Tumore del polmone

- nonostante l'efficacia della campagna anti-fumo e delle leggi messe in atto, è la prima causa di morte per tumore fra i maschi (27.545 decessi nel 2003) e la seconda fra le femmine (6.598). Per l'anno 2008, in Italia, sono stimati circa 25.000 nuovi casi tra gli uomini (0-84 anni) e circa 7.000 tra le donne (0-84 anni). Si è rilevata una tendenza alla riduzione sia dell'incidenza sia della mortalità nel sesso maschile, mentre è presente una crescita costante dell'incidenza nelle donne;
- solo il carcinoma diagnosticato quando non si è ancora realizzata la diffusione ai linfonodi regionali o a distanza ha possibilità consistenti di cura definitiva con resezione chirurgica o, in alcuni casi molto selezionati, con una radioterapia stereotassica, che appare un approccio promettente ed efficace;
- non essendo al momento disponibili evidenze certe, l'esecuzione della TC spirale in soggetti a rischio per cancro del polmone è da considerarsi metodica sperimentale e come tale da non applicare alla pratica quotidiana al di fuori di studi clinici;
- l'emergente campo della genomica e proteomica costituisce una promessa ai fini della diagnosi precoce di cancro del polmone;
- non vi è, al momento, alcuna evidenza di efficacia che permetta di definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening e, quindi, tale pratica è da scoraggiare.

Tumore della prostata

- nel periodo 1998-2002 è stato il tumore più frequentemente diagnosticato nei maschi (dopo i tumori non melanomatosi della cute) con il 14,4% del totale delle diagnosi tumorali; in termini di mortalità è stato la seconda causa con l'8,1% del totale dei decessi neoplastici. Le stime per l'Italia indicano un totale di 23.518 nuovi casi diagnosticati ogni anno, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 7.105 decessi;
- la diffusione dell'utilizzo del test dell'antigene prostatico specifico (PSA) nelle popolazioni, ha comportato un aumento della diagnosi (tassi raddoppiati nel giro degli ultimi 10 anni) mentre la mortalità mostra un lieve ma costante trend verso la riduzione;
- risultati sulla eventuale riduzione di mortalità specifica per interventi di screening di popolazione non sono ancora stati prodotti. I problemi maggiori per questo ipotetico screening derivano dall'esistenza di

[Handwritten signature] 35

- una notevole quantità di sovradiagnosi e conseguentemente di sovratrattamento, da un lato, e, dall'altro, dalle complicanze del trattamento;
- in Italia il test del PSA è ampiamente diffuso nella popolazione generale anche in fasce di età e con frequenze del tutto inappropriate. I percorsi diagnostici che seguono al test del PSA vanno razionalizzati.

Conseguentemente, saranno obiettivi e strumenti del presente PNP:

- Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto (da valutare su dati dei Registri tumori)
- Potenziamento o miglioramento dei programmi di screening organizzati, per ca cervice, ca mammario, ca colonretto, che verifichino adesione e parametri di qualità
- Gestione del sistema informativo e di valutazione (tramite NSIS e l'Osservatorio nazionale screening)
- Supporto alla programmazione regionale (tramite l'Osservatorio nazionale screening)
- Integrazione basi dati nazionali (ISS, ISTAT-Multiscopo, ONS)
- Realizzazione dell'accreditamento per funzioni dei programmi organizzati di screening e definizione di criteri di accreditamento per i centri di approfondimento e terapia
- Estensione dei programmi di screening
- Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici
- Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (rischio per familiarità)
- Realizzazione di programmi di sorveglianza per casi di storia neoplastica
- Estensione dei Registri tumori e istituzione dei Registri tumori regionali
- Sostenibilità dei programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colon retto
- Reingegnerizzazione dello screening opportunistico, valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità ed adeguatezza
- Contrasto alle inapproprietezze dello screening opportunistico o alternative non istituzionali
- Definizione di protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening previsti su scala nazionale
- Contrasto al cancro del polmone, attivando un monitoraggio in continuo delle evidenze scientifiche emergenti per la definizione di interventi efficaci di prevenzione secondaria
- Innovazione screening cancro mammella mediante:
 - monitoraggio e valutazione in continuo delle evidenze scientifiche emergenti per l'utilizzo di innovazioni tecnologiche quali RM, CAD ed ecografia di complemento all'esame mammografico;
 - definizione di percorsi articolati per rischio individuale (familiarità ed ereditarietà, terapia ormonale sostitutiva);
- Innovazione screening cancro cervicale mediante:
 - sperimentazione dell'uso del test HPV DNA, per la sua introduzione come test primario, definendo anche strategie e protocolli di triage dopo test HPV e metodologie condivise per il controllo di qualità
 - valutazione pilota su macro-aree per la centralizzazione dei test HPV come test di screening primario e del test di triage ai fini del miglioramento della qualità e per il contenimento dei costi;
- Potenziamento e integrazione delle reti dei Registri tumori per la valutazione di efficacia dell'intervento di vaccinazione anti HPV
- Potenziamento ed integrazione tra archivi vaccinali e archivi screening per monitoraggio e programmazione delle attività
- Innovazione screening cancro colon rettale: sperimentazione/valutazione di nuove tecnologie [costo-efficacia della colonscopia virtuale e della colonscopia endoscopica come test di primo livello, valutazione test biomolecolari (DNA fecali)] ed effettuazione di esperienze pilota per la valutazione di strategie di screening con test immunologico su più campioni e per cut-off differenti.

36

Screening e prevenzione oncologica

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	SOTTOBIETTIVI	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
- Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto (da valutare su dati Registri tumori)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenziamento o miglioramento dei programmi di screening organizzati, per ca cervice, ca mammario, ca colonretto, che verifichino adesione e parametri di qualità 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestione sistema informativo e di valutazione (tramite NSIS e l'Osservatorio nazionale screening) ➤ Supporto alla programmazione regionale (tramite l'Osservatorio nazionale screening) ➤ Integrazione base dati nazionali (ISS, ISTAT-Multiscopo, ONS) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizzazione dell'accreditamento per funzioni dei programmi organizzati di screening ➤ Estensione dei programmi di screening ➤ Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Innovazione screening cancro cervicale 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avvio di sperimentazioni per l'utilizzo test HPV-DNA come test di screening primario ➤ Integrazione con i programmi di vaccinazione anti HPV
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Innovazione screening cancro colorettaie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coinvolgimento dei MMG ➤ Sperimentazione/valutazione di nuove tecnologie (costo-efficacia della colonscopia virtuale e della colonscopia endoscopica come test di primo livello) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per età e rischio per familiarità) ➤ Effettuazione esperienze pilota round annuale con test per sangue occulto fecale ➤ Programmi di sorveglianza per casi di storia neoplastica
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Innovazione screening cancro mammella 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per familiarità e sero

			denso) > Estensione fasce di età > Valutazione digitale e CAD
	> Estensione registri tumori		Istituzione registri tumori regionali
- Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colonretto	> Reingegnerizzare lo screening opportunistico	Valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità ed adeguatezza	Contrastare lo screening opportunistico o alternative non istituzionali Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening
- Contrastare il cancro al polmone	> Definire interventi efficaci di prevenzione secondaria	Coordinare attività di studio e sperimentali	Definire protocolli e percorsi per contrastare gli interventi inappropriati
- Contrastare il cancro alla prostata	> Definire interventi efficaci di prevenzione secondaria	Coordinare attività di studio e sperimentali	
	> Garantire la qualità dello screening spontaneo		> Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a PSA > Definire criteri di accreditamento per i centri di approfondimento e terapia
- Riduzione dei fattori di rischio connessi all'esposizione a cancerogeni	- Individuazione e riduzione delle fonti di rischio	- Studi e ricerche sui cancerogeni, sull'esposizione e sul bioaccumulo - Miglioramento dei sistemi di sorveglianza della incidenza delle patologie neoplastiche, attraverso il consolidamento della rete dei registri tumori	

4.3 Le malattie cardiovascolari

Sotto la definizione generale di malattie cardiovascolari rientrano tutte le patologie a carico del cuore e dei vasi sanguigni, e cioè: cardiomiopatie, cardiopatie congenite, ipertensione arteriosa sistemica, aritmie e tumori del cuore. Tra le forme più frequenti di tali patologie sono da annoverare le malattie ischemiche del cuore (tra cui l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (fra cui l'ictus ischemico ed emorragico). In particolare, per le dimensioni epidemiologiche e per l'impatto socio-economico, l'ictus rappresenta uno dei più importanti problemi sanitari nei paesi industrializzati²⁷, essendo responsabile del 10%-12% di tutti i decessi per anno e – rispetto ai sopravvissuti – costituendo la prima causa di invalidità permanente e la seconda causa di demenza²⁸.

Le malattie cardiovascolari rappresentano da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Gli indicatori disponibili - mortalità, morbosità, invalidità, spesa farmaceutica – connotano la gravità dei danni di salute, sociali ed economici conseguenti a queste patologie e per darne evidenza è sufficiente sottolineare che in Italia la mortalità cardiovascolare rappresenta ancora la principale causa di morte, rendendo conto del 42% di tutti i decessi, con un contributo sostanziale della cardiopatia ischemica e degli accidenti cerebrovascolari (in particolare, infarto del miocardio e ictus). La valenza di questi dati è accentuata dalla considerazione che tali patologie o per lo meno la loro maggioranza sono – come nel capitolo precedente si è accennato – in larga parte prevenibili, avuto conto che molti dei fattori di rischio²⁹

²⁷ A validare quanto affermato nel punto 4.1 si può portare proprio l'esempio dell'ictus.

È stato dimostrato che una migliore organizzazione dell'assistenza può ridurre la quantità dei pazienti che muoiono o rimangono disabili. Questo risultato può essere conseguito organizzando un'assistenza dedicata, gestita da un gruppo multidisciplinare di operatori professionali esperti, e questa struttura è la "stroke care".

I pazienti ricoverati in reparti con *stroke care unit* rispetto a quelli ricoverati in reparti tradizionali sopravvivono di più (72% rispetto al 64%) e hanno una più alta probabilità di vivere in condizioni di autonomia (47% rispetto a 38%). Tutto ciò è ottenuto senza allungare in maniera significativa la degenza media che resta di circa 12 giorni per entrambi le tipologie di ricovero.

La *stroke care*, come definita nell'Accordo Stato-Regioni del febbraio 2005, è un'area di degenza dedicata dove è presente uno staff esperto, che ha effettuato un percorso formativo specifico. Essa offre assistenza ai pazienti con ictus nella fase acuta che si inseriscono nel percorso assistenziale dell'ictus costituendone la fase centrale ospedaliera che collega tra loro la fase pre-ospedaliera e la fase post-ospedaliera. Il documento del febbraio 2005 ne definisce in dettaglio i requisiti strutturali-organizzativi essenziali ed addizionali.

Peraltro, i dati di letteratura indicano che l'aumento dei costi in fase iniziale viene recuperato grazie a un significativo miglioramento degli esiti che può consentire, in fase di riabilitazione e assistenza estensiva, una riduzione dei costi diretti e indiretti, che di solito sono a carico dei pazienti e delle famiglie.

Più in generale, in considerazione dell'impatto che sotto molteplici aspetti il problema ictus determina, si ritiene che esso debba essere affrontato in tutte le sue varie componenti, dalla prevenzione al trattamento in acuzie, dal trattamento in post acuzie alla riabilitazione, fino alla presa in carico della disabilità residua e dei problemi ad essa correlati, con l'obiettivo di garantire la necessaria continuità assistenziale lungo tutto l'iter. Ciò nella consapevolezza che per poter incidere in maniera sostanziale sui problemi rilevanti di salute della popolazione, qual è per l'appunto l'ictus cerebrale, occorre promuovere un approccio globale e, per molti versi innovativo, sotto l'aspetto clinico-organizzativo.

²⁸ Uno degli aspetti caratterizzanti dell'ictus cerebrale è quello di essere una patologia fortemente età-correlata: passando, infatti, dalla quarta all'ottava decade di vita, l'incidenza della malattia aumenta di circa 100 volte. Questo rapporto con l'età fa comprendere come il "peso" attribuibile alle malattie cerebrovascolari, nel nostro Paese, sia destinato ad aumentare nel tempo.

Più in dettaglio: ogni anno in Italia si verificano circa 250.000 ricoveri per ictus, l'80 % dei quali rappresenta nuovi casi (circa 2,1 – 2,5 casi per 1.000 abitanti); di questi, 164.000 rappresentano il primo episodio di malattia in un anno; in assenza di misure in grado di ridurre l'incidenza, tali cifre sono destinate ad aumentare per effetto dell'andamento demografico, fino ad arrivare ai 199.000 casi di primo ictus e 278.000 incluse le recidive del 2020.

In tale contesto l'ictus cerebrale viene a rivestire primaria importanza sia per l'elevata incidenza della patologia sia per la complessità assistenziale, trattandosi di un evento acuto con mortalità tuttora elevata avente caratteristiche di emergenza medica spesso associata a co-patologia di rilievo, in quanto più frequente nella popolazione anziana.

Se notevole è l'assorbimento delle risorse nella fase acuta, ancor più rilevante risulta quello relativo alla disabilità residua. L'ictus, infatti, costituisce in assoluto la prima causa di invalidità con i conseguenti oneri relativi agli interventi riabilitativi, ospedalieri e domiciliari, socio assistenziali ed a quelli indiretti, difficilmente quantificabili, connessi alla perdita di produttività.

²⁹ Ad abundantiam: i principali fattori di rischio accertati sono legati a stili di vita non adeguati (fumo di tabacco, ridotta attività motoria, elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa in parte attribuibili ad una alimentazione non corretta). Evidenze scientifiche dimostrano che la riduzione dei livelli medi dei suddetti fattori riduce significativamente l'incidenza e la mortalità relative a queste patologie. La prevenzione primaria resta dunque l'arma più valida per combattere le malattie cardiovascolari e dovrebbe in gran parte coincidere con gli sforzi della collettività per l'adozione di stili di vita salutari.

Sebbene negli ultimi anni siano migliorati notevolmente i servizi diagnostici ed assistenziali in cardiologia, un gran numero di decessi e di infermità derivanti dalle malattie cardiovascolari potrebbe dunque essere evitato attraverso semplici accorgimenti e misure preventive. Pertanto, intervenire sui fattori di rischio prevenibili (attraverso iniziative di informazione, comunicazione efficace, sensibilizzazione alla percezione del rischio e promozione di stili di vita salutari) rappresenta uno strumento irrinunciabile per tutelare la salute della popolazione.



sono infatti modificabili e che, quando alcuni di essi coesistono, la loro azione diventa moltiplicativa o sinergica nel determinare il rischio di malattia.

Le linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica pubblicate nel 2007 a cura della task force congiunta della Società europea di cardiologia e di altre società scientifiche definiscono tre aree di intervento: una strategia di popolazione, una strategia per i soggetti ad alto rischio ed una strategia per la prevenzione secondaria (e terziaria). Queste strategie non sono mutuamente esclusive, ma sono necessarie e complementari l'una con l'altra: la strategia di popolazione ha l'obiettivo di spostare la distribuzione dei fattori di rischio verso livelli più favorevoli attraverso azioni dirette all'ambiente e allo stile di vita della popolazione; la strategia per gli alto rischio rappresenta un esempio di medicina predittiva³⁰ dal momento che valuta il rischio assoluto di malattia nel futuro e interviene a livello individuale per ritardare o evitare l'evento; la strategia di prevenzione secondaria (e terziaria), infine, si rivolge ai pazienti che hanno già un danno d'organo (o una malattia cardiovascolare in corso) per ritardare o evitare le ricadute. Fondamentalmente, dunque, scopi della prevenzione cardiovascolare sono quelli di rendere edotte le persone a rischio basso affinché, mediante l'adozione di uno stile di vita sano, permangano in questa condizione nel corso della vita, nonché di ridurre la mortalità e la morbosità dei soggetti con rischio assoluto elevato.

Posto che l'obiettivo è dunque la riduzione di incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è, come già detto, di tipo metodologico. Il presente PNP persegue dunque i seguenti obiettivi:

- Definire strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (carta del rischio, ma anche rilevazione di indicatori indiretti come il consumo di farmaci specifici)
- Individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di ipertensione, ipercolesterolemia, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multiscopo ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente pressione arteriosa e parametri biochimici, senza tuttavia una standardizzazione)
- Predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi
- Definire percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica
- Valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione.

4.4 Il diabete

Il diabete, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le razze, con un più grave coinvolgimento, peraltro, delle classi economicamente e socialmente svantaggiate. Nel 2003, fra le persone di età compresa tra 20 e 79 anni, si stimava una prevalenza mondiale del 5,1%, che si prevede aumenterà fino al 6,3% nel 2025, coinvolgendo 333 milioni di persone in tutto il mondo, con un incremento pari al 24%. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel 2005 il 2% del totale delle morti nel mondo vada attribuito al diabete (circa 1.125.000) e sottolinea, inoltre, che tale contributo alla mortalità generale è probabilmente sottostimato, dal momento che il decesso è di solito attribuito ad una delle complicanze (cardiopatía³¹, malattia renale, ecc.). La mortalità nelle persone con diabete è 1,9 volte quella dei non diabetici e per le donne il rapporto sale a 2,6. La mortalità prematura

³⁰ Come strumento per la valutazione e la gestione del rischio cardiovascolare assoluto, viene utilizzata la *carta del rischio*, che, sulla base di alcuni fattori di rischio facilmente misurabili (età, sesso, abitudine al fumo di sigarette, diabete, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia), indica la probabilità di ammalare nei successivi anni. I limiti riconosciuti alla carta - ovvero la variabilità dei fattori di rischio nei vari Paesi europei (limite che per noi è superato in quanto la carta in uso in Italia è costruita con i dati della popolazione italiana), la variabilità dei fattori di rischio nel tempo così come l'individuazione di nuovi fattori di rischio - non sono visti dall'OMS come elemento negativo nell'applicabilità della carta. Infatti, questo strumento rappresenta un mezzo facile da usare, con un rapporto costo-beneficio accessibile e che appropriatamente diffuso ed usato; può raggiungere un ampio numero di persone fornendo un ottimo mezzo per l'individuazione degli individui ad alto rischio, l'approfondimento con esami specifici e l'applicazione di strategie di prevenzione su larga scala.

Le problematiche in parola devono pertanto essere tenute in considerazione non come limite per utilizzare tale strumento ma come stimolo a migliorarlo nell'ottica del progresso e dell'evoluzione della medicina.

³¹ Le malattie cardiovascolari, infatti, nei Paesi sviluppati causano fino al 65% di tutte le morti delle persone con diabete.



causata dal diabete si stima in circa 12-14 anni di vita perduta. L'OMS, nel 2001, stimava che, in tutto il mondo, il diabete fosse responsabile di circa 20 milioni di anni di vita "sana" perduti.

In Italia, nel 2008, l'ISTAT stima una prevalenza del diabete noto pari a 4,8% (5,2% nelle donne, 4,4% negli uomini). In base a questi dati si può stimare che nel nostro Paese ci siano circa 2,8 milioni di persone con diabete. La prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) rispetto al Centro (5,3%) e al Sud Italia (5,8%). Indipendentemente dall'area geografica, la prevalenza aumenta con l'età, passando dal 2,9% nella classe di età 45-54 anni al 18,8% nelle persone con età superiore a 75 anni.

Le persone affette da diabete di tipo 2 presentano un rischio più elevato di complicanze macrovascolari (malattie cerebro e cardio-vascolari) rispetto alla popolazione non diabetica, come dimostrato anche dallo studio DAI (*Diainf AMD ISS, 2005*), studio multicentrico di coorte coordinato dall'ISS che si è posto come obiettivo principale quello di stimare il rischio di incorrere in complicanze quali infarto del miocardio, cardiopatia ischemica, ictus, by-pass aorto-coronarico, angioplastica, amputazioni, nei pazienti con diabete di tipo 2 afferenti ai servizi di diabetologia italiani.

A ulteriore conforto di quanto sostenuto nel punto 4.1, tali dati evidenziano la necessità di porre attenzione alle complicanze a lungo termine della patologia diabetica, principale fonte di riduzione di qualità e durata della vita per i pazienti e di aumento dei costi per il SSN. Per questo motivo, le complicanze del diabete sono state considerate tra le aree di intervento prioritarie dal passato PNP, che ha appunto previsto la realizzazione di progetti regionali basati su linee operative messe a punto dal CCM e finalizzati a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di gestione integrata della patologia, sull'esempio del *disease management* e/o del *chronic care model*.

La diagnosi precoce, la gestione del paziente, l'offerta assistenziale del diabete richiedono dunque notevoli risorse, ma proprio perché si tratta di una patologia molto frequente è necessario che tutti i percorsi siano integrati ed organizzati nella rete del SSR, all'interno di ciascun contesto geografico.

Il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è di tipo metodologico. Il presente PNP persegue dunque i seguenti obiettivi:

- Individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multiscope ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente la glicemia, senza tuttavia una standardizzazione e probabilmente con un eccesso di prestazioni)
- Predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia
- Definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell'educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità
- Valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione
- Favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi.

4.5 Le malattie respiratorie croniche

Le malattie respiratorie croniche rappresentano una vasta gamma di gravi condizioni patologiche che include l'asma, le riniti allergiche, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e la "sleep apnea sindrome". Nel loro insieme costituiscono un serio problema di salute pubblica, hanno importanti effetti negativi sulla qualità della vita e sulla disabilità dei pazienti, gravi e sottostimati effetti economici sulle famiglie, sulla comunità e sulla popolazione generale. In particolare, in Italia, le malattie respiratorie, dopo le malattie cardiovascolari e quelle neoplastiche, rappresentano la terza causa di morte e si prevede che, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di tali patologie sia destinata ad aumentare.

Le patologie respiratorie insorgono a causa dell'azione di un insieme di fattori di rischio che si possono classificare in due grosse categorie: fattori di rischio individuali (genetici e legati alla familiarità) e fattori di rischio ambientali (fumo di sigaretta, esposizione professionale, inquinamento atmosferico outdoor e indoor, condizioni sociali, dieta, infezioni). La prevenzione, di cui si è già detto nel capitolo precedente, di questi fattori può avere un impatto significativo sulla morbosità e sulla mortalità.



Benché esistano efficaci misure preventive, le malattie respiratorie croniche sono sottodiagnosticate, sottotrattate ed insufficientemente prevenute. Approcci combinati, che interessino prevenzione e trattamento delle malattie respiratorie croniche, sono necessari in quanto queste patologie condividono molti fattori di rischio e richiedono risposte simili da parte dei Servizi sanitari. Al riguardo, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha riconosciuto l'impatto epidemiologico e sociale delle malattie respiratorie individuando nel campo della prevenzione le seguenti azioni prioritarie:

- attivazione di programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale e professionale;
- interventi di informazione ed educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio;
- informazione, comunicazione, promozione della diagnosi precoce, con il coinvolgimento nelle attività dei MMG;
- prevenzione e trattamento della disabilità.

La lotta alle malattie respiratorie si realizza quindi in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria (come la lotta al fumo e la lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro), sia secondaria. In questo ultimo campo, estremamente importante è la diagnosi precoce che nella maggior parte dei casi può essere eseguita con la spirometria (ad esempio nei soggetti fumatori) per individuare la patologia cronica in fase iniziale ed impedire la progressione della patologia respiratoria verso livelli di patologia più severi. Altrettanto rilevante – allorché si sia in presenza di uno stato morboso - è l'informazione a pazienti e familiari, che devono essere formati a conoscere le caratteristiche della malattia, a seguire/far seguire correttamente la terapia prescritta e a reagire prontamente in caso di ricattizzazione e, come ripetuto per altre patologie in precedenza, la continuità della presa in carico.

Posto che l'obiettivo è dunque la riduzione di incidenza e mortalità per malattie respiratorie, il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è, come già detto, di tipo metodologico. Il presente PNP persegue dunque i seguenti obiettivi:

- Individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza
- Predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi; in particolare andrà valutato sia l'utilizzo di farmaci sia quello di presidi-protesi, come pure andranno predisposti protocolli per l'ossigenoterapia
- Definire percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica
- Valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale, per l'acuzie e la cronicità, e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione.

4.6 Le malattie osteo-articolari

Nel novero delle malattie osteo-articolari, l'artrite reumatoide si configura come una poliartrite infiammatoria cronica e progressiva a carico delle articolazioni sinoviali a patogenesi autoimmune che colpisce di più le donne rispetto agli uomini (rapporto 3:1). Colpisce ogni età evolutiva, ma il picco di incidenza massimo è tra 35 e 50 anni (80% dei pazienti). Interessa l'1-2% della popolazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e disabilità in Europa e ricorda che queste, da sole, rappresentano la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione ultrasessantacinquenne.

In particolare, la qualità di vita delle persone affette da artrite reumatoide risulta generalmente bassa con valori di *utilità* all'intorno dello 0,5-0,6³². Nei confronti di tale malattia diventano importanti le attività di prevenzione secondaria e cioè di diagnosi precoce perché proprio nei primi mesi di malattia si osserva l'insorgenza di danni sostanziali ed irreversibili. Inoltre nei primi due anni di malattia successivi alla diagnosi, i danni risultano particolarmente severi. La compromissione delle articolazioni comporta una

³² Per valutare l'impatto di una patologia sullo stato di salute è possibile utilizzare come indicatore l'*utilità*, che esprime la preferenza per un determinato livello di qualità della vita. Tale indicatore – impiegato nelle valutazioni economiche dei QALYs – varia da 0 (stato peggiore, ossia morte) a 1 (ottima salute).

limitazione della mobilità che può sfociare in invalidità. La diagnosi precoce inoltre permette un efficace e precoce trattamento farmacologico.

L'osteoporosi è un'altra patologia di forte impatto sociale, in quanto può portare alla non autosufficienza se non addirittura essere causa di mortalità. Essa colpisce un terzo delle donne tra i 60 e i 70 anni e due terzi delle donne dopo gli 80 anni. Si stima che il rischio di avere una frattura da osteoporosi sia nella vita della donna del 40% contro un 15% dell'uomo. Particolarmente temibile è la frattura femorale per l'elevata mortalità (dal 15% al 30%) e per le invalidanti complicanze croniche ad essa associate.

L'Italia è la nazione europea con la massima percentuale di ultrasessantacinquenni; dati e stime europee mostrano che il numero di fratture del femore previste è in costante aumento e si calcola che nelle donne si passerà dalle oltre 300.000 fratture nel 2000 a quasi 800.000 nel 2050. Per questo le raccomandazioni dell'Unione Europea del 1998 già sottolineavano che la lotta all'osteoporosi debba essere considerata come uno dei maggiori obiettivi per la salute. Per tentare di ridurre l'impatto sanitario e sociale di una patologia per lo più asintomatica, progressiva e potenzialmente invalidante quale è l'osteoporosi, appare prioritario perseguire un approccio di promozione della salute e di sensibilizzazione della popolazione sui vantaggi collegati all'adozione di stili di vita sani in una visione che abbracci l'intero corso della vita. La prevenzione deve cominciare in età precoce e comunque quanto più precocemente possibile, soprattutto nell'adolescenza quando, ad esempio, l'apporto di calcio attraverso gli alimenti viene assorbito efficacemente dall'organismo e contribuisce attivamente al consolidarsi della massa ossea. Ciò è, in particolare, necessario per le donne che presentano il maggior rischio e la maggiore probabilità dello sviluppo di osteoporosi. L'evidenza scientifica sottolinea che bambini e giovani possono avvantaggiarsi di una migliore performance della struttura ossea vertebrale e femorale attraverso la partecipazione alle attività. Relativamente alle raccomandazioni nutrizionali emerge evidente dalla letteratura scientifica che le adolescenti, in particolare, e più in generale le donne specialmente nel periodo critico monopausale, dovrebbero assicurarsi un apporto costante e regolare degli alimenti ricchi di calcio e di vitamina D (in caso contrario supplementare secondo le indicazioni mediche) e praticare regolarmente una attività fisica per le articolazioni portanti, al fine di consolidare la struttura ossea in età giovanile (la compattezza dell'osso si raggiunge in età giovanile grazie all'apporto di calcio) e di rallentare, di bloccare e auspicabilmente invertire la perdita di massa ossea che inevitabilmente si accompagna all'invecchiamento. Le cure per l'osteoporosi sono lunghe e non conducono alla guarigione, ma servono solo al contenimento della malattia ed alla riduzione di fratture.

La prevenzione è quindi di fondamentale importanza e consiste in primo luogo nel cercare di raggiungere una massa ossea adeguata quando si è giovani. Alcune (limitate) attività di prevenzione sono ancora possibili nell'età adulta, ma a prezzo di un impegno e di una determinazione notevoli. Senza l'intervento di farmaci, un soggetto adulto può sperare solo di ridurre l'entità della perdita della massa ossea raggiunta in precedenza, ma non di mantenerla o di guadagnarne se era in precedenza ridotta. I provvedimenti non farmacologici (adeguato apporto di calcio e vitamina D, attività fisica) o la eliminazione di fattori di rischio modificabili (fumo, alcool, rischi ambientali di cadute) non hanno controindicazioni e vanno raccomandati come prima scelta e rappresentano un momento fondamentale nella prevenzione della malattia.

Ma l'artrite reumatoide e l'osteoporosi costituiscono una sola delle patologie osteoarticolari di rilievo qualitativo: si pensi ad altri quadri degenerativi come l'artrosi, o ai quadri traumatici, che interessano anche la popolazione giovanile, e che vedono un sempre maggior ruolo delle terapie chirurgiche.

In tale settore il contributo che può derivare dalla prevenzione è ancora una volta quello di natura metodologica:

- Individuare la diffusione di tali patologie tramite indicatori indiretti (SDO, consumo di farmaci antinfiammatori);
- Predisporre percorsi diagnostici, anche per le forme algiche acute, improntate all'evidenza di efficacia e all'analisi costi-benefici;
- Potenziare la diffusione di programmi di supporto, inerenti l'attività motoria, che assume un ruolo fondamentale in integrazione coi trattamenti farmacologici.

4.7 Le patologie orali

Le patologie del cavo orale, associate in molti casi a scarsa igiene, ad una alimentazione non corretta, a stili di vita non salutari ed in associazione eventualmente con malattie cronico-degenerative, immunitarie ed infettive, influiscono negativamente sulla qualità di vita degli individui, specie in età evolutiva.



Si tratta di malattie di cui è nota l'eziologia, la patogenesi, l'evoluzione e soprattutto gli alti costi sociali e che trovano nella prevenzione una misura fondamentale in termini di efficacia e favorevole rapporto costo-benefici.

Appare, pertanto, chiaro il ruolo fondamentale della prevenzione in considerazione del fatto che una buona prevenzione odontostomatologica consente ricadute positive per altre patologie cronico-degenerative sistemiche.

Nonostante i miglioramenti in termini di salute orale globale, raggiunti negli ultimi anni, rimane ancora elevata la necessità di promuovere ulteriori interventi che mirino ad avere massima efficacia e, soprattutto, vedano coinvolte tutte le professionalità deputate al mantenimento ed al ripristino della salute orale.

In particolare, la prevenzione delle lesioni cariose, della malattia parodontale e delle patologie delle mucose orali si rende obbligatoria alla stessa stregua degli interventi preventivi volti ad intercettare precocemente le patologie derivanti da disordini occlusali, soprattutto in età evolutiva.

Quanto sopra, associato a misure di prevenzione per il carcinoma orale e l'edentulismo, parziale o totale, negli individui adulti, anche attraverso interventi di odontoiatria sociale e di comunità, preservano l'individuo da un punto di vista sistemico migliorandone, indubbiamente, la qualità della vita..

Obiettivi e strumenti del presente PNP saranno:

- Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva
- Diffusione di linee operative per la gestione integrata delle patologie odontoiatriche, comprensive di interventi di prevenzione
- Attivazione di programmi di prevenzione (igiene orale, alimentazione, fluoroprofilassi sistemica e topica, visite periodiche, ecc. in età evolutiva, in età adulta, in gravidanza, in età geriatria).

Prevenzione delle patologie odontoiatriche

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva	- Diffusione di linee operative per la gestione integrata delle patologie odontoiatriche, comprensive di interventi di prevenzione	- Attivazione di programmi di prevenzione (igiene orale, alimentazione, fluoroprofilassi sistemica e topica, visite periodiche, ecc. in età evolutiva, in età adulta, in gravidanza, in età geriatria).

4.8 I disturbi psichiatrici

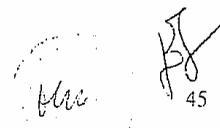
La depressione è uno dei più gravi e, al contempo, più comuni disturbi mentali, causa di grande sofferenza umana e di enormi costi per la società. Il suo impatto sulla qualità di vita dei singoli individui è equivalente a quello di una grave patologia fisica. La malattia è, infatti, così disabilitante da coinvolge l'intero contesto socio-ambientale della persona, ed in primo luogo quello familiare. Essa rappresenta anche uno dei principali fattori di rischio per i comportamenti suicidari, che si stima siano in costante aumento nei Paesi dell'Unione Europea, sia pure con grande variabilità nei diversi Stati membri. Per tale ragione la Commissione Europea ha inserito la "Prevenzione della depressione e dei suicidi" fra le cinque aree d'azione prioritarie individuate dall'"European pact for mental health and well-being", recentemente formulato. Pur essendo l'Italia fra i Paesi in cui i tassi di suicidio e tentato suicidio sono fra i più bassi, la portata del problema è comunque di grande rilevanza, e merita azioni urgenti e mirate. Poiché è scientificamente comprovato che la depressione è un disturbo prevenibile, diventa estremamente importante implementare azioni integrate fra diversi settori e a diversi livelli per favorire l'inclusione sociale e garantire il coinvolgimento dell'intera comunità. La depressione è anche un disturbo curabile, per cui è altrettanto cruciale promuovere programmi per il suo riconoscimento precoce, finalizzati ad attivare adeguate strategie per la diffusione dell'informazione corretta e della formazione mirata, nonché per la realizzazione di interventi precoci sostenuti da prove di efficacia.

44

Infine, va segnalato che i disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono oggi una delle emergenze sanitarie più preoccupanti dell'emisfero occidentale. La diffusione della patologia ha una rapidità ed una rilevanza sconcertanti: non si alcun altro esempio di malattia psichiatrica con una simile propagazione e con le caratteristiche di una vera e propria epidemia sociale. Gli studi epidemiologici internazionali mettono in evidenza un aumento dell'incidenza dei DCA nella fascia femminile tra i 12 e 25 anni e stimano nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza dell'anoressia nervosa (AN) intorno allo 0.2-0.8%, quella della bulimia nervosa (BN) intorno al 3%, e i DCA-NAS tra il 3.7 e il 6.4%; risulta inoltre che l'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui, e di 9-12 per la BN e che l'età di esordio cade fra i 10 ed i 30 anni, con una età media di insorgenza a 17 anni. Si tenga altresì conto che i DCA che insorgono prima dell'inizio della pubertà e prima del menarca, sono associati a gravi psicopatologie ed hanno una prognosi psichiatrica più sfavorevole. Il rapporto maschi/femmine è stimato pari a 1:9, ma è in crescita il numero dei maschi affetti da tale patologia. La patologia appare in continuo aumento, soprattutto per quanto riguarda la bulimia e il disturbo da abbuffata compulsiva. Si è inoltre abbassata l'età di esordio della patologia, con un aggravamento della prognosi e la necessità di un trattamento diversificato e complesso.

Obiettivi e strumenti del presente PNP saranno:

- Miglioramento delle strategie per il riconoscimento precoce della depressione
- Avvio del monitoraggio e valutazione dei programmi attivati
- Messa a punto di un documento basato sulle revisioni di letteratura e sulle pratiche dei servizi a vario titolo coinvolti
- Sviluppo di programmi di comunità per la prevenzione delle complicanze della depressione, quali il suicidio, secondo i dettami dell'Unione Europea (European Pact for Mental Health)
- Promozione di azioni integrate fra diversi settori (operatori sanitari, moltiplicatori sociali, organismi istituzionali ecc.) e a diversi livelli (individuo, famiglia, comunità, regione ecc.)
- Realizzazione di progetti basati su pratiche che sono state validate tanto nel contesto italiano che in quello internazionale (ad esempio, vedi il modello "European Alliance Against Depression")
- Contrasto ai DCA:
- Sviluppo di programmi di prevenzione dei DCA nel territorio di riferimento (scuole, palestre, ecc.) secondo le indicazioni OMS e della Medicina Basata sull'Evidenza (promozione stili di vita consapevoli e Life Skills Education)
- Elaborazione di progetti di ricerca/intervento basati su prove di efficacia
- Implementare le strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia, attraverso:
 - Specifiche linee guida regionali per la realizzazione di una Rete di Servizi per la prevenzione e cura dei DCA; mappatura dei Servizi Pubblici e dell'Associazionismo presenti nel Territorio di riferimento e ampia diffusione della stessa con particolare attenzione ai medici di medicina generale e ai pediatri
 - Sostegno a Progetti di ricerca-intervento, basati su prove di efficacia, anche in longitudinale (progetti che garantiscano continuità), in una ottica di integrazione fra i Servizi Pubblici e l'Associazionismo, in collaborazione con Enti locali, Scuole, Centri di aggregazione, sportivi e ricreativi del Territorio di riferimento, Mass Media (TV, Radio, Internet, Stampa,...)
 - Sostegno a Progetti con le Scuole che facciano riferimento alla Metodologia delle Life Skills Education promuovendo le competenze ed abilità per la vita
 - Sostegno a Progetti che prevedano la partecipazione attiva dei giovani verso l'incremento di processi di empowerment personali e sociali.
 - Sorveglianza epidemiologica attraverso la rete dei servizi presenti coinvolti nella rete progettuale e riconoscimento precoce delle situazioni a rischio con accompagnamento verso i servizi di riferimento per l'accogliimento e la cura.

 45

Prevenzione del disagio mentale

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	SOTTOBIETTIVI	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Lotta alla depressione	Miglioramento delle strategie per il riconoscimento precoce della depressione	- Avvio del monitoraggio e valutazione dei programmi attivati - Messa a punto di un documento basato sulle revisioni di letteratura e sulle pratiche dei servizi a vario titolo coinvolti	- Ricognizione delle buone pratiche con evidenza di efficacia - Diffusione delle migliori strategie individuate
	Sviluppo di programmi di comunità per la prevenzione delle complicanze della depressione, quali il suicidio, secondo i dettami dell'Unione Europea (European Pact for Mental Health)	- Realizzazione di setting informativi e formativi per operatori sanitari, pazienti, famiglie e figure significative della comunità allargata	- Promozione di azioni integrate fra diversi settori (operatori sanitari, moltiplicatori sociali, organismi istituzionali ecc.) e a diversi livelli (individuo, famiglia, comunità, regione ecc.) - Realizzazione di progetti basati su pratiche che sono state validate tanto nel contesto italiano che in quello internazionale (ad esempio, vedi il modello "European Alliance Against Depression")
Contrasto ai DCA	Sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare nelle scuole medie di primo e secondo grado, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio nella fascia adolescenziale	- Elaborazione di progetti di ricerca/intervento basati su prove di efficacia - Monitoraggio e valutazione dei programmi attivati	- Promuovere interventi, in collaborazione con le istituzioni scolastiche, mirati a: a) educazione ad una corretta alimentazione e ad un'adeguata valutazione delle misure del proprio corpo; b) conoscenza dei fattori di rischio personali, familiari e sociali per i disturbi del comportamento alimentare. - Implementare le strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia - Promuovere interventi di counseling per i soggetti che ne fanno richiesta.

4.9 Le malattie neurologiche

Gli studi epidemiologici hanno evidenziato un aumento significativo delle malattie neurologiche³³ come causa di morte e di invalidità nel mondo anche in relazione ai processi di transizione demografica. In questo contesto, particolare rilievo assumono le demenze.

Tali patologie, ed in particolare la "Demenza di Alzheimer" che è la più diffusa, hanno un impatto sempre maggiore sulla salute, innanzitutto a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, dal momento che il principale fattore di rischio associato alla loro insorgenza è proprio l'età. Esse

³³ Per malattie neurologiche si intende un variegato gruppo di patologie del SNC, del SNP e del SNA di natura profondamente diversa (malattie traumatiche, infiammatorie, circolatorie, tumorali, degenerative, dello sviluppo, ereditarie, congenite, infettive), oltre a sindromi peculiari.

46

rappresentano una delle maggiori cause di disabilità, sia nella popolazione generale che più specificamente in quella anziana e richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali.

Per tali ragioni negli ultimi anni si è delineata con sempre maggiore urgenza la necessità di un governo clinico complessivo delle demenze che sia in grado, attraverso un processo di trasferibilità, di utilizzare nella pratica clinica le migliori evidenze scientifiche disponibili, al fine di migliorare la qualità della cura attraverso la condivisione di standard che consentano anche di superare le disuguaglianze territoriali.

I percorsi assistenziali, definibili come piani multidisciplinari e interprofessionali, dovrebbero consentire il coordinamento delle attività dei diversi servizi dedicati (UVA, centri diurni, assistenza domiciliare integrata, RSA, degenze ordinarie e DH, assistenza sanitaria di primo livello, strutture di riabilitazione) ed il forte coinvolgimento dei diversi operatori socio-sanitari, dei Medici di Medicina Generale nonché dei familiari e di tutti i caregivers informali.

La consapevolezza del peso e dell'importanza del fenomeno delle demenze, con le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto sociale, richiede un impegno straordinario da parte di tutte le istituzioni, ed è attualmente anche al centro dell'interesse e delle attività promosse dall'Unione Europea, che ne ha fatto oggetto di una serie di raccomandazioni ed iniziative per tutti i Paesi membri.

Un serio approccio a prevenzione e gestione delle patologie neurologiche – tra cui figurano anche tutte le neuropatie degenerative, che pur coinvolgendo una quota numericamente limitata di persone, insorgono in età giovane adulta con un pesante carico di disabilità – richiederebbe competenze multidisciplinari che non si possono esaurire nel solo ambito sanitario.

La prevenzione potrà dare dunque un contributo limitato e focalizzato soprattutto a valutare come gli interventi di sostegno a queste persone siano adeguati e non richiedano invece interventi di semplificazione; dunque il presente PNP si pone come obiettivi:

- Rivedere i percorsi assistenziali cui afferiscono i soggetti, per comprenderne e verificarne l'adeguatezza e integrare tra loro i diversi supporti (esenzione ticket, concessione protesi, indennità di accompagnamento ecc....) consentendo alla persona di rivolgersi ad un unico interlocutore;
- Verificare la procedura di concessione dell'invalidità civile : si tratta di percorsi complessi e spesso penalizzanti per la persona, che pure richiedono di essere omogenei su scala nazionale, ma che risentono di un approccio "datato"; sarà dunque necessario:
 - o la riclassificazione delle patologie oggetto di concessione dell'invalidità civile e indennità di accompagnamento
 - o la definizione di criteri per la standardizzazione del riconoscimento
 - o la verifica dell'attuale procedura di accertamento a cura dell'ASL e della verifica da parte della CMM, valutandone l'efficacia
 - o la ridefinizione della costituzione e modalità di azione delle Commissioni ASL, nell'ottica di efficacia e semplificazione;

4.10 Cecità ed ipovisione

L'impatto psicosociale della cecità e dell'ipovisione è molto rilevante. Tali condizioni, specie se compaiono alla nascita o precocemente nell'infanzia, creano situazioni complesse perché, oltre a determinare una disabilità settoriale, interferiscono con numerose aree dello sviluppo e dell'apprendimento. A prescindere dagli aspetti più squisitamente umani, riguardo al dramma di un bambino non vedente, esistono i problemi economici legati alla sua assistenza e alla sua formazione che incidono pesantemente sulla famiglia e sulla società.

I difetti oculari congeniti [cataratta, glaucoma, retinoblastoma, retinopatia del prematuro (la cui prevenzione deve seguire protocolli nazionali specifici)] rappresentano oltre l'80% delle cause di cecità e ipovisione nei bambini fino a cinque anni di età e più del 60 % sino al decimo anno.

La prevenzione della ipovisione e della ambliopia trova il suo ideale primo momento alla nascita (considerato che il parto in regime di ricovero consente di raggiungere l'intera popolazione neonatale, che la visita oculare alla nascita è più facilmente eseguibile rispetto ad età successive e che la struttura ospedaliera può disporre del personale, degli ambienti e dello strumentario necessario). L'identificazione delle cause di danno funzionale o di ostacolo alla maturazione della visione tanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi. Anche se le difficoltà di una valutazione della integrità anatomico-funzionale del sistema visivo in età neonatale costituiscono un limite indiscutibile alla identificazione di affezioni e difetti rifrattivi lievi è pur vero che uno screening nei primi

Handwritten signatures and initials.

giorni di vita ha come obiettivo l'esclusione di affezioni incompatibili con il livello funzionale del neonato ed il suo futuro sviluppo.

Tuttavia, il problema dell'ipovisione, sempre in relazione all'invecchiamento, assume rilievo anche nell'età anziana ove permangono le maculopatie degenerative.

Il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è, come già detto di tipo metodologico; il presente PNP persegue dunque i seguenti obiettivi:

- Individuare screening di popolazione per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza, definendone la collocazione nei diversi sistemi organizzativi (a cura del PdF, del MMG, oppure presso le scuole, ecc.);
- Definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della fornitura di protesi, dei controlli di follow-up;

4.11 Ipoacusia e sordità

La sordità ed i disturbi uditivi ad essa legati costituiscono un serio problema medico e sociale, ancora oggi sottovalutato, nonostante ne sia interessato oltre il 10% della popolazione. Quando la sordità colpisce gravemente in età infantile provoca severe alterazioni nello sviluppo del linguaggio e conseguenti problematiche nella comunicazione e nell'assetto psicologico oltre a gravi situazioni di disagio nelle famiglie. La diagnosi precoce è una delle armi a disposizione per opporsi con successo ai verificarsi di tali conseguenze. Considerando le sordità congenite (≥ 40 dB BEHL) la prevalenza risulta del 1.12 /1000 mentre agglungendo le sordità acquisite ed a esordio ritardato il tasso aumenta a 1.33/1000. Con l'età i tassi di prevalenza tendono ad aumentare fino a circa 2/1000 fra 9 e 16 anni.

L'obiettivo di un programma di screening uditivo neonatale è quello di identificare i neonati con perdita uditiva permanente fin dai primi giorni di vita, identificando le ipoacusie ad insorgenza congenita con soglia $>$ a 40-50 dB HL che precluderebbero lo sviluppo linguistico del bambino.

Lo screening audiologico neonatale non esclude il problema della sorveglianza audiologica nelle età successive in quanto l'ipoacusia può essere acquisita o a manifestazione tardiva per questo dovrebbero essere implementati dei sistemi di controllo specialistici nell'età scolare.

Con l'aumentare dell'età, soprattutto in relazione ai rischi professionali e per l'esposizione al rumore ipoacusia e sordità aumentano notevolmente. Oltre ai controlli previsti dalla normativa vigente sui rischi professionali (Testo Unico della sicurezza sul lavoro) dovrebbero essere previsti dei controlli sui soggetti a rischio in età adulta ed avanzata in quanto un pronto riconoscimento della patologia ed un rapido intervento terapeutico protesico eviterebbe la disabilità cronica considerando anche i problemi psicologici e relazionali che spesso insorgono con la perdita dell'udito in età adulta ed avanzata.

Il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è, come già detto di tipo metodologico; il presente PNP persegue dunque i seguenti obiettivi:

- Individuare protocolli diagnostici per le diverse età target, per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza;
- definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della fornitura di protesi, dei controlli di follow-up;

48

5. La prevenzione delle complicanze e recidive di malattia

5.1 La sfida della cronicità

Oggi più che mai, l'allungamento della vita media rappresenta "un trionfo e una sfida" per la nostra società. Esso è insieme parte e conseguenza di un più ampio processo di sviluppo e di trasformazione legato a conquiste ottenute in campo medico, sociale, economico, politico e culturale.

Diversi studi epidemiologici e sociologici effettuati anche nel nostro Paese, mostrano come la maggior parte della popolazione con 65 anni e più è in buona salute, configurandosi spesso come una risorsa potenziale per la comunità. D'altra parte, ad un allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di pluri-patologie.

E' in questo contesto che, nel 2002, l'OMS ha prodotto un documento di indirizzo a sostegno delle politiche di "active ageing", definito come "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita nell'invecchiamento delle persone". Active ageing si può tradurre con "invecchiamento attivo": la parola "active" si riferisce alla partecipazione continua agli affari sociali, economici, culturali, spirituali e civici e non solo alla capacità di essere fisicamente attivo o di partecipare alla forza lavoro. Il termine "active ageing" fa quindi riferimento ad un più ampio concetto rispetto quello di "healthy ageing" in quanto riconosce i fattori che, in aggiunta a quelli del sistema salute, influenzano il modo in cui gli individui e la popolazione invecchiano. E' evidente che tutte le fasi che compongono il corso della vita sono direttamente interessate dalle conseguenze dell'allungamento della speranza di vita (ageing is lifelong). In tale ottica la progettazione e la realizzazione di interventi di promozione della salute deve avvenire favorendo o rafforzando, durante tutto il corso della vita, le condizioni per un invecchiamento attivo. In particolare, occorre partire da una nuova visione dell'invecchiamento tracciando il passaggio storico verso politiche di valorizzazione della persona con 65 o più anni all'interno della società.

Non vi è dubbio che una delle sfide che oggi il SSN deve affrontare è quella di (dover intercettare e) rispondere adeguatamente ad una domanda crescente di assistenza che si connota almeno per tre elementi:

- la lunga durata;
- la necessità di essere erogata in ambiti molto diversi (domicilio, ambulatorio, residenza intermedia, ospedale);
- la necessità di essere supportata da adeguati servizi sociali.

Promuovere la prevenzione terziaria sta allora a significare promuovere il disegno e la implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico - migliorando la integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali - di target particolarmente fragili, quali anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.

Per molta parte, il problema appena accennato è legato all'invecchiamento della popolazione.

Tecnicamente, per invecchiamento della popolazione si intende l'effetto demografico collegato all'ampliarsi della speranza di vita alla nascita. In questa accezione, l'invecchiamento della popolazione rappresenta una proxy del "buono stato" di una società ed è un fenomeno che si riscontra in tutti i Paesi industrializzati.

L'invecchiamento di una qualsiasi popolazione va considerato - per lo meno - sotto la sfera economica, sociale e sanitaria. Gli aspetti economici prevalenti sono quelli legati all'impatto che gli anziani hanno sulla spesa pensionistica e previdenziale (spesa sanitaria + spesa sociale), nonché sui consumi e quindi, indirettamente, sul valore della produzione (PIL). Gli aspetti sociali prevalenti, invece, sono quelli legati a ogni determinante della qualità della vita e ai processi di inclusione/esclusione: dal grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane alle condizioni di housing (vita a domicilio piuttosto che istituzionalizzazione), dal reddito alle possibilità di accesso a servizi pubblici e privati, ecc. Gli aspetti sanitari prevalenti, infine, sono quelli legati alle problematiche nella presa in carico e nella realizzazione di progetti di cura personalizzati a favore di persone anziane e - ancor di più - di persone molto anziane.

Sarebbe, però, fuorviante leggere l'insieme delle questioni appena accennate soltanto alla luce dell'aumento della speranza di vita alla nascita. Per comprendere a pieno i riflessi dell'invecchiamento della popolazione, occorre parallelamente tener presente la dinamica di almeno due altri indicatori demografici: la natalità e la consistenza (vale a dire: la numerosità, stratificata almeno per sesso e per età) dei nuclei familiari. L'assunto ora enunciato vale in linea generale (come possono ben testimoniare i numerosi



49

documenti OCSE, UE ed OMS) e, in maniera particolare, per il caso italiano³⁴. Se è intuitivo quale possa essere l'impatto della natalità sui processi di invecchiamento della popolazione, una parola in più va spesa sul ruolo della famiglia, che sta vivendo dei cambiamenti strutturali evidenti in direzione di un rapido processo di "assottigliamento" o nuclearizzazione che dir si voglia. Le trasformazioni che ne hanno modificato i tratti - e che hanno investito la società nel suo complesso - si riflettono, infatti, anche sulle reti familiari e di solidarietà. Sostanzialmente, si sta assistendo ad una trasformazione delle possibilità e della direzione dei flussi di aiuto tant'è che cominciano a manifestarsi segnali di crisi, soprattutto per quanto riguarda la capacità dei caregiver tradizionali di far fronte alle domande di assistenza provenienti da particolari fasce di popolazione anziana.

Gli andamenti demografici fin qui registrati dal nostro Paese (caratterizzati da un netto aumento dell'età media alla morte, dalla caduta del tasso di natalità e dal progressivo assottigliamento dei nuclei familiari) descrivono l'area degli anziani come una realtà in progressiva crescita. In particolare:

- o l'indice di dipendenza degli anziani (che misura in % il rapporto tra popolazione con età oltre i 65 anni e popolazione tra 15 e 64 anni) è destinato a passare dall'attuale valore di circa 30 a oltre 60 nel 2050;
- o l'indice di vecchiaia (che coglie gli effetti legati alla dinamica della speranza di vita e all'evoluzione della fecondità) nel medesimo periodo è destinato a passare dall'attuale valore di circa 150 a circa 300;

Tutto ciò sta a significare che se oggi c'è un over 65 ogni due persone in età attiva, in breve tempo questo rapporto si invertirà e ci saranno due anziani ogni persona in età attiva.

Dal punto di vista medico, l'invecchiamento è sostanzialmente sinonimo di:

- o presenza di polipatologie;
- o presenza di cronicità;
- o presenza di non autosufficienza.

Per tradurre con immediatezza anche questo aspetto, si può segnalare che alcuni documenti di programmazione sanitaria di talune Regioni italiane denunciano che l'indice di care per gli anziani (rapporto tra la popolazione bisognosa, in varie forme e diverse intensità, di cura ed assistenza e la popolazione nell'età centrale - 30/59 anni - su cui solitamente grava la maggior parte del lavoro di cura) è destinato a raddoppiare da qui al 2030.

Tutto ciò sta a significare che se oggi ogni due persone in età 30-59 ve ne è almeno una che ha bisogno di essere accudita, tra una ventina d'anni - si ripete: in talune Regioni italiane, non in tutte - vi saranno circa 3 persone bisognose di cura ogni 4 adulti.

La dinamica ora illustrata accresce, evidentemente, la pressione sulle famiglie e sui servizi tanto sanitari che sociali.

5.2 Prevenzione nella disabilità

Per promuovere e rafforzare le condizioni per un "invecchiamento attivo" è necessario favorire l'adozione di scelte salutari, sostenendo, allo stesso tempo, l'azione sui determinanti di salute di natura sociale.

Mentre, però, molto già si è fatto e si fa in campo di prevenzione universale e di prevenzione selettiva, sembra, invece, ancora mancare una consapevolezza diffusa e condivisa su missione e funzione della prevenzione terziaria, che è destinata ad avere una rilevanza sempre maggiore nel futuro anche prossimo.

L'invecchiamento della popolazione, infatti, incide sui bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di patologie quali quelle cronico-degenerative, cardiovascolari, tumorali (oltre alle malattie legate direttamente all'invecchiamento e alle condizioni socio-economiche) che se non adeguatamente prese in carico possono esitare in stati più o meno gravi di non autosufficienza.

In questo quadro, appare evidente dunque il valore del ruolo della prevenzione terziaria che è chiamata ad intervenire all'interno dei processi assistenziali al fine di garantire la continuità ospedale-territorio e la integrazione degli interventi socio-sanitari. In altri termini: ferma restando la fondamentale importanza della prevenzione primaria e secondaria, se la sfida che il sistema fin da ora si trova a dover affrontare è quella nei confronti del corteo di stati/condizioni/malattie tipiche dell'invecchiamento, la prevenzione terziaria deve essere in grado di progettare dei percorsi di cura che siano in grado di ridurre il peso delle complicanze ed

³⁴ Cfr. l'ultimo aggiornamento della periodica pubblicazione - di esemplare chiarezza - del Ministero dell'economia e delle finanze a titolo "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario".



50

in particolare della non autosufficienza. Ciò comporterebbe sicuramente anche un miglioramento dell'efficacia del sistema ed un considerevole risparmio di spesa.

L'evoluzione della struttura demografica della popolazione e le attuali difficoltà delle reti familiari e informali di cura richiedono un significativo potenziamento ed un sostanziale riorientamento degli interventi sul territorio, anche e soprattutto nei centri urbani: esiste, infatti, una consistente quota di popolazione (soprattutto anziana e molto anziana) i cui problemi di salute sono conosciuti in ritardo dai servizi o non sono conosciuti affatto perché – talora - i servizi territoriali (sia sociali che sanitari) mutuano l'approccio ospedaliero³⁵. Questo rilievo pone, allora, la questione di una revisione del sistema di offerta dal momento che, prima di tutto, lo stare bene è promozione della salute e prevenzione delle malattie e, poi, perché il carattere dell'universalità di accesso - che è uno dei pilastri del nostro welfare – dovrebbe essere capace di offrire una "presa in carico" coordinata, coniugando la selezione dell'intervento con la sua personalizzazione.

Il riflesso più evidente di questo snodo è sicuramente quello che investe il campo della disabilità anche perché molto spesso questa "condizione" accompagna una persona dalla nascita alla morte.

Al di là delle difficoltà a standardizzare una definizione precisa, per disabilità si può intendere la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente rispetto a ciò che è considerata la norma, e pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane ed è spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale (handicap). A fronte di tale definizione, la riabilitazione è l'apporto specialistico che si occupa del recupero delle abilità perse o non acquisite (a causa di una malattia o circostanze intercorrenti) e consiste in una serie di interventi finalizzati a diminuire la disabilità attraverso il recupero della menomazione, l'ottimizzazione delle abilità residue e il miglioramento della partecipazione. L'obiettivo generale della riabilitazione è, dunque, quello di migliorare la qualità della vita attraverso il recupero del miglior livello fisico, cognitivo, psicologico, funzionale e delle relazioni sociali nell'ambito dei bisogni e delle aspirazioni dell'individuo e della sua famiglia ma esso può essere avvicinato soltanto con un approccio multidisciplinare che non focalizzi in maniera statica i soli fattori organici, ma ne segua l'evoluzione e tenga anche in considerazione le loro interazioni con i fattori ambientali e di contesto.

Considerazioni di tenore analogo sulla presa in carico possono essere estese al tema della non autosufficienza - e in special modo della non autosufficienza dovuta alle patologie/condizioni/stati connessi all'invecchiamento della popolazione - con l'ulteriore aggiunta che, in taluni casi, il sopraggiungere di tale condizione può essere procrastinato nel tempo per il tramite di adeguate attività di prevenzione.

In sostanza, nell'uno e nell'altro caso, occorrerebbe tendere ad un nuovo approccio assistenziale - multidisciplinare e multiprofessionale - che, con continuità nel tempo, si faccia carico di promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie anche allo scopo di superare le condizioni che limitano la qualità della vita della persona e che ostacolano il suo completo inserimento³⁶ nel tessuto sociale³⁷.

In conclusione, è evidente che la prevenzione non può non raccogliere la sfida della cronicità: essa è parte della popolazione, rimodificandone profilo epidemiologico, esigenze assistenziali, interventi preventivi.

Il contributo che può quindi derivare dal PNP atterrà:

- L'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte;

³⁵ Considerazioni del tutto analoghe vanno estese alle persone anziane istituzionalizzate in case di riposo e strutture socio-assistenziali analoghe.

³⁶ Nei limiti del possibile, naturalmente.

³⁷ Si parla spesso di servizi sociali e sanitari come di nodi di una rete. La rete, per essere tale, deve però rispondere a due requisiti non negoziabili: il primo, è che essa non deve presentare soluzioni di continuità e, il secondo, è che la permanenza della persona nei singoli nodi deve essere in funzione dell'effettivo stato di salute. Questo punto rimanda direttamente al problema dell'appropriatezza (nonché della convenienza economica) di alcune pratiche di istituzionalizzazione ovvero - se si vuol vedere la questione da un punto di vista speculare - segnala la necessità di potenziare l'assistenza territoriale, soprattutto per ciò che concerne il circuito riabilitativo.

È già stato scritto, ma conviene ripeterlo: il Distretto è sempre stato considerato come erogatore di servizi extra ospedalieri; oggi è invece necessario configurare l'intervento ospedaliero come erogazione di servizi extra distrettuali sempre più riservata alle sole patologie acute.



51

- La protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività
- La prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità
- La verifica dei modelli assistenziali, con riguardo all'assistenza primaria e specialistica: è l'assetto attuale rispondente ai bisogni delle famiglie?
- L'introduzione di elementi favorenti l'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive).



Handwritten signature or initials, possibly in black ink, located at the bottom right of the page. The signature is stylized and difficult to read.

6. Modalità di stesura e adozione dei PRP - Modalità di monitoraggio e valutazione

Il monitoraggio e la valutazione dei PRP sono strettamente legati alle loro modalità di stesura. Occorre pertanto darsi un approccio metodologico che assicuri che ci sia unitarietà tra la fase di progettazione e quella di osservazione della realizzazione dei PRP.

Una volta approvato il piano nazionale di prevenzione, ogni Regione e P.A. elabora, all'interno di un proprio piano regionale, diversi programmi di area o tematici di prevenzione attraverso una fase di ideazione e di programmazione, così schematizzabili:

- 1) le Regioni iniziano la stesura del piano regionale che riconosce come punto di partenza la messa a punto di un profilo di salute della regione. Su tale sintetico profilo regionale e sulla evidenza dei risultati raggiunti grazie alle attività del precedente piano di prevenzione, le Regioni operano una scelta di priorità per le aree o temi sui quali svilupperanno i singoli programmi di prevenzione;
- 2) il Ministero concorda e armonizza con le Regioni il quadro programmatico (modalità e tempistica di realizzazione) delle azioni centrali a supporto del PNP e dei PRP;
- 3) Le Regioni procedono quindi alla stesura dei programmi specifici di prevenzione;
- 4) il CCM procede quindi ad una prima attività di valutazione (propedeutica o ex-ante) del piano e dei programmi regionali, sotto il profilo della struttura e della valutabilità (analisi di contesto; modello logico seguito ed efficacia delle sue componenti; organigramma delle responsabilità; pacchetti di programma promossi, con obiettivi, indicatori e standard, fonti di dati, ecc.; cronoprogrammi; piano di monitoraggio e valutazione interno; risorse; fattori limitanti) utilizzando il logical framework analysis (LFA)³⁸ basato sui seguenti criteri:
 - a) pertinenza;
 - b) coerenza interna;
 - c) sostenibilità.
- 5) a seguito di valutazione positiva partono i PRP;
- 6) il CCM effettua annualmente una valutazione di processo dei PRP e dello stato di avanzamento delle azioni centrali a supporto del PNP.
- 7) il CCM effettua – nei modi e nei tempi previsti dai PRP e comunque al termine della loro validità – una valutazione di efficacia (outcome) utilizzando il quadro logico del piano stesso.

Dopo l'adozione del PNP, il CNESPS/Ministero forniscono un documento organico di esplicitazione dei diversi passaggi dell'intero processo appena schematizzato.

Per quanto concerne, invece, la parte del descritto percorso relativo alla progettazione dei documenti di piano regionali, il CNESPS fornisce:

- supporto metodologico, affinché i piani poggino su schemi basati sul project cycle management;
- supporto contenutistico, quale reperimento e sintesi della evidenza per i modelli logici proposti dalle Regioni su alcuni temi oggetto di singoli piani di prevenzione, studi di efficacia;
- supporto formativo sugli argomenti precedenti e sull'acquisizione di competenze necessarie per la realizzazione a diversi livelli (regionale o di azienda sanitaria) del personale identificato per il management, la sorveglianza, il monitoraggio e la valutazione dei programmi regionali.

La precedente esperienza del Piano nazionale della prevenzione, ha dimostrato l'utilità, per le linee progettuali in cui ciò è avvenuto, di far precedere la adozione formale dei singoli Piani regionali della prevenzione da una attività di confronto tra le Regioni stesse e gli istituti centrali, per i necessari approfondimenti dei temi da sviluppare; questa metodologia ha favorito, in generale, una maggior condivisione degli strumenti e degli obiettivi da raggiungere.

Partendo da ciò si prevede la seguente procedura per la stesura dei PRP 2010 - 2012:

- a partire dalle priorità e obiettivi generali definiti nel presente documento, nei primi novanta giorni successivi alla adozione del Piano, ogni Regione identificherà obiettivi specifici e misurabili; azioni definite per quantità, tempi, risorse e destinatari; indicatori utili per il monitoraggio di processo e di output, legati all'analisi dei bisogni del proprio territorio;
- contestualmente, durante il medesimo periodo, il Coordinamento interregionale della Prevenzione organizzerà una serie di incontri tematici, atti a favorire il confronto tra le regioni per l'approfondimento dei temi contenuti nelle linee progettuali e la ricerca, per quanto possibile, almeno di alcuni indicatori

³⁸ È quindi indispensabile che ogni PRP contempli: analisi generale; analisi di contesto; modello logico seguito ed efficacia delle sue componenti; organigramma delle responsabilità; pacchetti di programma promossi, con obiettivi, indicatori e standard, fonti di dati, ecc.; cronoprogrammi; piano di monitoraggio e valutazione interno; risorse; fattori limitanti.

comuni utilizzabili per la valutazione. Per sostenere le Regioni, in questa fase di confronto ed approfondimento, tramite il CCM, verranno messi a disposizione degli staff regionali – ove richiesto – i centri ed i network competenti che sono operanti nel nostro Paese, quali, oltre al citato CNESPS dell'ISS, il network per l'evidence based prevention, le strutture dell'ISPEL, ecc..

a seguito della propedeutica valutazione positiva da parte del CCM di cui sopra, nei successivi ed ulteriori sessanta giorni le Regioni provvederanno alla redazione e formale adozione dei PRP da parte dei propri organi di governo.

Per le linee di supporto il CCM provvederà ad elaborare, ove necessario, specifici progetti, anche con il contributo e l'attribuzione di fondi all'ISS, all'ISPEL, a Centri di ricerca o altri soggetti di elevata valenza scientifica.

Per poter pianificare e realizzare in modo adeguato il PNP e i PRP, a livello nazionale e regionale, si dovranno mettere in essere e mantenere contestualmente ai piani alcune condizioni, considerabili requisiti di sistema, che possono essere così sintetizzati:

Requisiti di sistema	Descrizione
Coordinamento e Integrazione	<p>a) Le Strutture presenti a livello nazionale e regionale (Direzioni, Dipartimenti, Unità Operative...) pianificheranno in modo coordinato le attività di prevenzione, concordando l'adozione dei provvedimenti di rilievo ed impegnandosi a perseguire la massima coerenza con le altre azioni, programmi e iniziative istituzionali, in una logica di sistema</p> <p>b) Le Direzioni Regionali costituiscono il punto di coordinamento e contatto con le Direzioni Ministeriali, CCM e Centri di eccellenza; Direzioni regionali e Direzioni ministeriali individueranno pertanto ruoli e responsabilità.</p> <p>c) Le azioni individuate nei PRP perseguono quanto più possibile l'integrazione e il coordinamento con altri soggetti del SSR (medici di assistenza primaria e assistenza specialistica) e con ARPA</p>
Preparazione per affrontare le emergenze	<p>a) A livello nazionale, con il coordinamento del CCM, saranno valutati ed integrati gli attuali Piani e Sistemi di gestione delle emergenze, con particolare riguardo agli eventi epidemici e alla sicurezza alimentare</p> <p>b) A livello regionale saranno articolate reti integrate – es. ASL e A.O. - in cui sia data evidenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modalità di comunicazione e interrelazione tra i diversi soggetti coinvolti - Flussi e responsabilità per le scelte - Centri specialistici di supporto - Protocolli operativi per i principali eventi

Poiché il PNP pone come presupposto la condivisione sia di obiettivi generali comuni, che di un metodo di lavoro, è implicito che la stesura del PRP segua alcuni criteri di carattere metodologico, sia redatto secondo la struttura prima esemplificata e valorizzi soprattutto gli elementi di seguito sintetizzati:

- a) Analisi epidemiologica e di contesto, volta a mettere in evidenza le priorità a livello regionale e ad indicare eventuali difformità rispetto a quanto indicato nel PNP
- b) Obiettivi specifici, per ciascuna area, con una quantificazione realistica, evitando obiettivi irraggiungibili o scontati.
- c) Azioni da porre in atto, esplicitando quale sia la evidenza a favore degli interventi previsti, che devono essere selezionati non solo per aver dimostrato in maniera convincente di ridurre il "burden

54

- of disease", ma anche di avere un costo-efficacia che ne faccia una priorità rispetto ad altri interventi.
- d) Indicatori oggettivamente misurabili, le fonti di tali informazioni, lo standard previsto e i rischi connessi che potrebbero pregiudicare il raggiungimento³⁹
 - e) Crono-programma complessivo e un piano schematico di monitoraggio (con pochi indicatori sensibili e misurabili).

Naturalmente, perché la programmazione sia adeguata, sono individuabili alcuni requisiti metodologici, a garanzia delle regioni stesse; in particolare le Regioni ritengono opportuno:

- a) utilizzare in maniera integrata le basi dati e i flussi informativi esistenti per realizzare profili della comunità, al fine di:
 - analizzare i bisogni della popolazione
 - individuare i rischi della popolazione e dell'ambiente
 - definire le priorità, gli obiettivi ed i relativi interventi sanitari, ambientali e sociali
 - valutare l'impatto sulla salute degli interventi realizzati.

Considerando l'importanza di tali profili per l'identificazione delle priorità locali al fine della possibilità di effettuare un confronto intra e inter-regionale delle condizioni comunitarie delle popolazioni, si valuterà di dare mandato a un gruppo di regioni di elaborare una proposta di profilo applicabile a tutte le ASL/regioni. Il confronto fra le diverse realtà locali, o in tempi diversi per la stessa realtà, richiamerà l'attenzione dei tecnici e dei decisori su eventuali disuguaglianze.

- b) realizzare e consolidare programmi per la sorveglianza di popolazione su malattie infettive, malattie croniche, incidenti, stili di vita, percezione dello stato di salute, percezione e conoscenze della popolazione su attività di prevenzione. Le informazioni da essi prodotti dovranno mettere a disposizione dei decisori gli elementi utili per pilotare con maggiore efficacia i PRP.

³⁹ Anche in questo passaggio, per sostenere le Regioni, il CCM metterà a disposizione degli staff regionali – ove richiesto – i centri ed i network competenti che sono operanti nel nostro Paese.



55

Allegato 2

**Documento per l'attuazione
delle linee di supporto centrali**



INTRODUZIONE

1.

Il Piano nazionale della Prevenzione 2010-12 (di seguito PNP), di cui questo progetto costituisce allegato, fornisce indicazioni per la messa a punto delle "Azioni centrali" attuative delle previste linee di supporto.

Tali indicazioni derivano, in primis, dall'assetto istituzionale in tema di tutela della salute stabilito dalla legge costituzionale n. 3 del 2001; su tale base il PNP, definisce che "Le Regioni declinano il proprio ruolo contribuendo attivamente alla determinazione delle linee strategiche e dando corso al lavoro previsto dal PNP, mentre il Ministero esplica una funzione di supporto (anche attraverso il CCM e il coordinamento degli organi tecnico-scientifici centrali).

Sono anche specificati gli ambiti di cooperazione per il supporto alle Regioni, che prevedono che il Ministero cooperi: " (omissis):

- nell'interfaccia per quelle aree di confine che vedono sovrapporsi strutture dei SSR o degli Enti locali a strutture che hanno mantenuto il riferimento al livello centrale (scuola, università, ecc.);
- nel mettere a fianco delle Regioni le migliori competenze scientifiche, unitamente a competenze di progettazione;
- nel promuovere l'approfondimento e la diffusione della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP);
- nel mettere a disposizione strumenti per la sorveglianza, vera guida all'azione e componente essenziale della sanità pubblica, che serve a valutare i rischi alla salute, i bisogni e possibilmente l'impatto degli interventi;
- per la messa a punto di sistemi collaudati di allerta e di pronta risposta alle emergenze."

Il PNP sottolinea anche l'importanza di valorizzare l'esperienza acquisita con il precedente PNP per cui è fondamentale basare la programmazione su una "gestione della conoscenza": " (omissis). Questa esigenza si è concretizzata in particolare:

- con lo sforzo di attingere dalle conoscenze di *evidence based prevention* per un concreto utilizzo nei piani operativi regionali (per es. diffusione dei programmi di screening basati su evidenze);
- con l'implementazione di strumenti di conoscenza di dati relativi ai determinanti per la salute (per es. carta del rischio, sorveglianza PASSI, progetto OKkio alla salute);
- con la definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati (es.: adeguamento del sistema informativo delle malattie infettive, Flussi INAIL, Archivio infortuni mortali, coordinamento Registri Tumori);
- nella valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (es.: coperture vaccinali, percentuali di adesione agli screening...) come strumento per la riprogrammazione. (...) "In tale quadro, appaiono rilevanti le attività di monitoraggio e valutazione dell'avanzamento del PNP (in base a criteri condivisi), anche al fine di utilizzare i dati e gli indicatori raccolti per innescare un circolo virtuoso che adegui sempre più gli interventi ai contesti cui sono diretti".

Ulteriori indicazioni, che derivano dalla passata esperienza, riguardano la necessaria sinergia fra i vari atti di pianificazione e l'esigenza di acquisire un'ottica intersettoriale per affrontare i problemi di salute oggetto del PNP 2010-12

Infine, il PNP " [omissis] focalizza i target, correlati alle priorità individuate secondo lo strumento dell'analisi di contesto e della graduazione del rischio, a sua volta fondata su frequenza e severità del danno alla salute; la declinazione operativa e organizzativa degli obiettivi specifici è invece in capo a ciascuna Regione."

Più in dettaglio, il PNP enuncia gli obiettivi generali (se del caso, articolandoli in sottobiettivi) ed individua due tipologie di linee di lavoro: il supporto centrale alla realizzazione del PNP e le linee di intervento, o operative che dir si voglia, regionali.



2. Il processo di devoluzione attivato dalla riforma del titolo V della Costituzione sta costruendo un quadro nuovo di assetto istituzionale del Sistema Sanitario Nazionale nel cui contesto, il livello di governo centrale e, in particolar modo, il Ministero, sono chiamati a riconsiderare ruoli e missioni al fine di rendere raggiungibili gli obiettivi di sistema e di tutela della salute che sono loro propri.

Le dinamiche di devoluzione e le esigenze di ripensare il ruolo degli organismi centrali sono, peraltro, un problema diffuso anche a livello internazionale talché l'OMS ha pubblicato già nel 2000 un documento che analizzava suddette tematiche e proponeva come chiave di lettura di tali problemi e fenomeni la *stewardship*¹. La riflessione sulla *stewardship* si candida quindi ad essere il modo per rendere il ruolo del Ministero più efficace ed efficiente nella pratica, in un contesto di *devolution* nel quale i diversi livelli di governo si trovano ad avere molteplici interlocutori forti ed è, d'altra parte, sempre più evidente come gli obiettivi di salute siano determinati dal concorso non solo dei livelli di governo istituzionale (centrale, regionale, aziendale) ma anche da industrie, media, raggruppamento sociali ecc. In una parola, da un insieme di "portatori di interesse" (*stakeholders*) che devono inevitabilmente essere coinvolti per un governo effettivo del sistema sanitario (e non solo).

In questo scenario risultano marcatamente insufficienti le precedenti "regole" dei rapporti tra istituzioni, cioè la prassi di rapporti "verticali" basati su gerarchie² e si rende sempre più evidente la necessità di un nuovo stile di governo sia a livello centrale che a livello regionale (una nuova *governance*³). L'esigenza di un nuovo e più adeguato "modo di governare" nasce quindi sostanzialmente da una esigenza di una sua maggiore "efficienza" ed "efficacia".

A livello operativo la *governance* come strategia di governo si può definire come "... il modo in cui funzionari e istituzioni pubbliche assumono ed esercitano l'autorità di formulare e regolare le politiche pubbliche e di fornire beni e servizi"⁴. Altre definizioni ne mettono in luce ulteriori aspetti; per es. Stocker⁵ evidenzia come la *governance* sia definibile "dall'insieme di attori che all'interno di un sistema interagiscono e contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi del progetto".

Ci sono due modelli principali di *governance* nella letteratura:

1. Il modello del mandato (*agency*, in inglese): è in realtà si tratta del modo in cui è stato gestito il sistema sanitario fino a pochi anni fa, nel quale, per esempio, è possibile descrivere il Ministero come mandante e le Regioni come mandatari o esecutori.
2. Il modello della *stewardship*: è una strategia di gestione del sistema sanitario che molti Paesi europei stanno adottando e che viene proposta con forza dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Per esempio, in questo modello il Ministero svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento, ma anche di interlocutore con le Regioni. Le Regioni possono assumere lo stesso ruolo — quello di *steward* — nei confronti delle ASL.

La situazione di *devolution* del SSN spinge verso una nuova *governance* per il fatto stesso che pone scenari nuovi e sfide nuove cui è necessario rispondere con strumenti adeguati. Tuttavia,

¹ - Saltman RB Ferrousier-Davis O The concept of stewardship in health policy Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6) 732-9

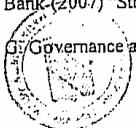
- Travis, P. et al. (2002) *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Geneva, World Health Organization - Stewardship. Un nuovo modello di governance A cura di Christina M. Novinsky e Antonio Federici da CARE 6, 2008 <http://www.careonline.it/>

² È quello che nella lingua inglese è definito: *Government*. Questo termine designa infatti le istituzioni formali dello stato e esprime il loro monopolio sull'esercizio legittimo del potere di coercizione.

³ Nella lingua inglese questo termine esprime la gestione di processi di consultazione e concertazione che per raggiungere gli obiettivi non ricorrono all'esercizio dell'autorità e all'applicazione di sanzioni.

⁴ World Bank (2007) "Strengthening World Bank Group Engagement on Governance and Anticorruption".

⁵ Stoker G Governance as theory: five propositions Int Soc Sci J 1998; 155; 17-28



Handwritten signature and the number '3'.

non è solo un problema di dovere innovare gli strumenti di governo; i principi e le caratteristiche di merito della *devolution* indirizzano verso uno specifico modello (modello di *stewardship*) come più coerente anche nei contenuti. Questa esigenza "preliminare" è stata individuata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come comune prospettiva per parecchi Paesi ed ha portato alla pubblicazione di documenti ad hoc^{6 7}.

La *stewardship* è un tipo di *governance* (del sistema sanitario nel nostro caso) che usa poco strumenti "verticali" (imposizioni normative dall'alto) e fa maggior ricorso alla "*leadership*" (capacità di persuasione e creazione di collaborazioni attive con la "periferia"); dovrebbe inoltre portare a un processo decisionale efficiente, basato sulla fiducia reciproca e tendenzialmente più etico.

Il concetto della *stewardship* implica che debba essere una funzione del governo centrale in quanto responsabile del *welfare* della popolazione e preoccupato della fiducia con le quali le proprie azioni vengono viste dalla popolazione; in questo senso è direttamente collegata ai valori della collettività (Saltman 2000).

Le funzioni principali che concretizzano la *stewardship* (Travis 2003) sono riassunte di seguito ed ulteriormente articolate nella Metodologia

1. Formulare un quadro strategico
2. Garantire la realizzazione delle politiche fornendo strumenti per l'attuazione della programmazione
3. Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership
4. Garantire la responsabilità (*accountability*)
5. Gestione basata sulla conoscenza

Tali funzioni possono essere, in parte più o meno piccola, sovrapposte talché la medesima azione può concorrere ad una o più funzioni.

RAZIONALE DEL PRESENTE PROGETTO OPERATIVO

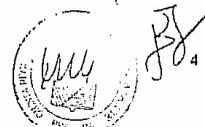
Il PNP definisce aree di intervento essenzialmente in base a bisogni di salute della popolazione o di sottogruppi di essa. Per ognuna di queste aree è prevista una programmazione regionale ad hoc con la definizione progettuale di obiettivi ed azioni; sono altresì, in linea di massima, previste delle azioni di supporto alla programmazione regionale la cui responsabilità risiede nel livello di governo centrale. Tali azioni di supporto sono eterogenee:

- nella "struttura": differiscono per dimensione nella quale si esercitano nonché per complessità, puntualizzazione, fattibilità,
- nel merito: esse sono pertinenti ad aspetti diversi della prevenzione e a bisogni di salute diversificati
- nella "propedeuticità": rispetto alla programmazione e progettazione regionale.

Tale eterogeneità pone quindi in primo luogo un problema di migliore definizione di queste azioni di supporto al fine di renderle più efficaci; in secondo luogo pone un problema di efficienza dell'azione del livello di governo centrale.

⁶ Saltman, R.B. and Ferroussier-Davis, O. (2000) The concept of stewardship in health policy. WHO Bulletin, 78(6): 733-739.

⁷ Travis, P., Egger, D., Davies, P. and Mechbal, A. (2003) Towards better stewardship: concepts and critical issues 25. In: Murray, C.J.L. and Evans, D.B., eds. Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism. Geneva, WHO.



Per rispondere a tali problematiche è stato quindi definito il presente Piano operativo e adottata una metodologia di lavoro che intende verificare il grado di complessità delle attività di supporto e massimizzare le sinergie fra azioni diverse.

OBIETTIVO del Progetto attuativo delle " linee di supporto " centrale alla programmazione regionale
Definire progetti attuativi per ogni azione centrale identificata come necessaria al supporto della programmazione regionale.

METODOLOGIA

La metodologia si articola nelle seguenti fasi

I.

Identificazione della linea di supporto: è la linea definita in base all'area del PNP rispetto alla quale si esercita il supporto del livello centrale di governo. Viene anche definito il dirigente responsabile.

II.

Identificazione e precisazione delle azioni centrali attuative del supporto al fine di definire un progetto attuativo per ogni azione centrale. È l'elemento principale di merito al fine di perseguire l'efficacia delle azioni. Ogni azione è concepita come attività progettuale al fine di meglio precisarne gli elementi costitutivi e di rendere più efficiente l'armonizzazione con la programmazione regionale; lo schema adottato è esplicitato nel Box 1.

Box 1 Format adottato per la redazione delle azioni centrali attuative della linea di supporto prevista dal PNP 2010-12

AZIONE CENTRALE

Razionale: descrive brevemente il contesto rispetto al quale si attua l'azione, spiega perché si sceglie l'azione in questione e perché si ritiene che questa azione centrale possa raggiungere lo scopo di cambiamento del contesto

Responsabile:

Istituzionale: è la persona cui è attribuita la responsabilità formale nell'organizzazione del Ministero dell'azione in questione.

Operativo: Si intende la persona che effettivamente deve operare perché tutte le fasi descritte per la realizzazione dell'azione di supporto centrale siano realizzate (obiettivi raggiunti, metodologia rispettata, ecc). Si assume anche la responsabilità che gli elementi che costituiscono l'azione (razionale, responsabile, obiettivi, ecc) siano coerenti con la linea di supporto descritta nel PNP.

Attori coinvolti: descrive gli attori (Enti, Istituzioni, associazioni ecc) che è necessario coinvolgere per la buona attuazione dell'azione in questione

Obiettivo dell'azione: descrive l'obiettivo deve essere chiaro, pertinente al problema e al ruolo dei soggetti coinvolti, preciso e misurabile, rilevante per la soluzione del problema, realistico nel contesto (non confondere gli obiettivi specifici, che precisano risultati attesi, con le tappe del programma per raggiungere tali risultati)

Metodologia: descrive in che modo si intende agire per raggiungere gli obiettivi

Indicatori: sono le misure scelte per il monitoraggio dell'attuazione dell' Azione

Cronoprogramma: esprime la sequenza delle attività da fare per realizzare ogni obiettivo dell'Azione e il tempo necessario alla loro realizzazione

Risorse e budget: sono tutte le risorse (umane, tecnologiche, finanziarie, scientifiche, informative,...) alle quali l'organizzazione può cercare di attingere attivando gli opportuni processi

Risultato atteso

III.

Analisi e classificazione delle azioni alla luce delle funzioni della *stewardship* di cui all'introduzione.

L'analisi delle azioni centrali alla luce delle funzioni della *stewardship* intende contribuire all'efficacia dell'azione di supporto, valorizzando l'azione stessa sotto più aspetti; intende anche favorire l'efficienza dell'azione medesima permettendo l'individuazione delle sinergie plausibili.

 5

È considerata, in linea di massima, condizione di successo la presenza di azioni centrali pertinenti a più funzioni nell'ambito dell'attività di supporto

La presenza per ogni funzione di più azioni centrali deve essere rivista alla luce dei criteri di:

- a. Accuratezza, per ottenere il successo (efficacia dell'azione di supporto)
- b. Economicità.

Le funzioni della *stewardship* utilizzate per la definizione delle azioni centrali sono elencate di seguito; sono anche specificate le principali esemplificazioni delle singole funzioni:

0 Formulare un quadro strategico

Si assume che il quadro strategico sia costituito dal Piano nazionale della Prevenzione; sostanzialmente esso:

- definisce: visione e obiettivi (medio e lungo periodo); i ruoli degli attori; le strategie e le politiche percorribili per indurre cambiamenti
- identifica l'assetto istituzionale necessario
- definisce le priorità della spesa sanitaria (finanziamenti)
- delinea gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione
- contribuisce a creare una cultura sinergica con il management

1 Esercitare influenza sugli interlocutori mediante azioni di indirizzo

Tale funzione comprende:

- Stabilire un insieme di norme che guidino l'operato dell'organizzazione (regole, procedure, leggi, decreti, codici di comportamento, standard, modalità di utilizzo dei finanziamenti ecc.)
- Definire standard e requisiti per garantire che gli obiettivi vengano raggiunti anche in collegamento col sistema dei LEA
- Fornire sostegno, appoggio e consiglio agli interlocutori (accompagnamento)
- Partecipare ai comitati e nelle sedi in cui gli interlocutori prendono decisioni (CIP, conferenza Stato-Regioni)

Significato prevalente. È una funzione correlata alla capacità di implementazione degli interventi pianificati e programmati. Essa si basa sulla considerazione che un'azione efficace di *stewardship* deve preoccuparsi che il complesso del sistema sanitario sia coerente con gli obiettivi della *policy* e che ci sia un coerente sistema di relazioni e linee di comunicazione. Essa comprende anche le iniziative per rimuovere gli ostacoli strutturali all'uso efficiente ed equo delle risorse. In questo documento sono considerate pertinenti a questa funzione le azioni di indirizzo, nel loro vario livello di coerenza legislativa e/o amministrativa.

2 Garantire la realizzazione delle politiche fornendo strumenti per l'attuazione della programmazione

Tale funzione comprende:

- Linee Guida e protocolli nazionali
- Piani di formazione nazionale (a cascata)
- Contratti di lavoro (ad es. con la Medicina Generale)
- Coinvolgimento degli interlocutori nel processo decisionale, nella definizione di strategie e obiettivi comuni e condivisi
- Garantire che ad ogni responsabilità corrisponda il potere decisionale necessario per assolverla, utilizzato in modo corretto

Significato prevalente. Si tratta di una funzione che deriva dalla consapevolezza che un elemento chiave della *stewardship* è quello di garantire l'implementazione degli interventi programmati per ottenere gli obiettivi di salute. Una parte di questa funzione risiede nella capacità di implementazione che deriva dal possesso e dall'uso del potere di guidare o influenzare i comportamenti dei differenti attori. Due ulteriori aspetti riguardano le interazioni tra questa

“capacità di guida” e quella di costruire coalizioni e partnership e di assicurare la coerenza tra le *policies*, le strutture organizzative e la cultura degli attori.

3 Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership

Tale funzione comprende:

- Identificare gli interlocutori per ciascuna azione centrale descrivendone l'influenza e l'atteggiamento (favorente o sfavorente)
- Promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione con le società scientifiche
- Promuovere il sostegno alle politiche e strategie impopolari, in particolare promuovendo partnership con le associazioni di settore

Significato prevalente. Questa funzione è giustificata dall'assunzione che sono molti i fattori che direttamente o indirettamente hanno un impatto sulla salute e spesso lo *steward* ha su di loro un'autorità formale piccola o assente. Non potendo quindi agire su questi fattori da solo, lo *steward* deve coinvolgere altri attori per determinare un cambiamento positivo. Per essere efficace è quindi necessario costruire a mantenere una grande varietà di relazioni, network e partnership. Tale aspetto deve integrarsi con la funzione di esercizio dell'attività di indirizzo mediante la legislazione e la regolamentazione.

4 Garantire la responsabilità (accountability)

Tale funzione riguarda:

- Esistenza di regole sulla pubblicazione dei piani, relazioni (report), codici di comportamento, rendiconti economici, ecc.
- Effettiva loro pubblicazione, disponibilità e ampia diffusione in una forma comprensibile
- Programmi sistematici di Audit interno
- Fornire linee-guida (per garantire la qualità tecnica)
- Campagne di comunicazione
- Rendicontazione sociale

Significato prevalente. È necessario garantire che tutti gli attori del sistema esercitino la responsabilità nelle proprie azioni e che questa responsabilità sia accompagnata da una comunicazione trasparente. D'altra parte, l'essere responsabili nei confronti della popolazione è un mezzo per influenzare positivamente le relazioni tra la popolazione stessa e il sistema sanitario (in particolare rispetto alla percezione e all'uso del sistema). L'essere responsabili aiuta ad individuare e ad avviare lo spreco di risorse, le *malpractice* o le negligenze.

5 Gestione basata sulla conoscenza

Tale funzione comprende:

- Produzione e analisi di evidenze (studi epidemiologici, *performance analysis*, studi di impatto ecc)
- Implementazione di Sistemi di sorveglianza
- Analisi delle evidenze
- Implementazione di basi di dati

Significato prevalente. Questa funzione è giustificata dal fatto che la conoscenza contribuisce a prendere decisioni più informate e quindi complessivamente favorisce migliori risultati per il sistema sanitario. La conoscenza (intelligenza) ha un significato più ampio e profondo di “informazione” perché implica la capacità di identificare ed interpretare gli elementi essenziali. Questa conoscenza deve essere disponibile a tutti i livelli del sistema sanitario e a tutti gli attori per svolgere i loro compiti all'interno del sistema. Nel presente contesto, essa riassume gli elementi di genesi e sintesi di nuove conoscenze nonché tutte le attività pertinenti ai sistemi informativi e di sorveglianza.

4.

Risorse

L'impostazione adottata nella compilazione della voce "Budget" deriva dalla considerazione generale che l'azione centrale è una azione della quale il Ministero si assume la responsabilità politica e manageriale (su indicazione del PNP, ratificata dall'Intesa Stato-Regioni).

A tale responsabilità segue generalmente anche una responsabilità operativa in misura più o meno totale. Pertanto, ai fini della definizione delle risorse necessarie alla conduzione dell'Azione centrale si individuano i casi descritti nel Box 2.

Box 2 Tipologie di contributo operativo alle azioni centrali ai fini del loro finanziamento	
Azione centrale	Finanziamento
1. azione operativamente a carico solo del Ministero	Azione isorisorse realizzata mediante le risorse interne del Ministero
2. azione operativamente a carico del Ministero e di altri Enti che conferiscono risorse umane	Azione isorisorse realizzata mediante le risorse interne del Ministero e degli Enti coinvolti
3. azione che necessita di apporti operativi esterni, già definiti da un progetto in corso	Azione di tipo progettuale già finanziata, che non necessita di ulteriore finanziamento, realizzata anche mediante le risorse interne del Ministero
4. azione che necessita di apporti operativi di uno o più dei seguenti attori: a. ministero b. servizi regionali c. enti tecnici centrali	Azione da finanziare parzialmente coi fondi: a. risorse interne del Ministero b. risorse interne delle Regioni c. fondi del PNP

Rapporti con il CCM per quanto attiene al supporto al PNP.

L'obbligo istituzionale del CCM di destinare parte dei propri finanziamenti a supporto del PNP è esercitato nel rispetto dell'autonomia decisionale dei suoi organi (Comitato Strategico e Scientifico). Pertanto, il CCM può autonomamente finanziare iniziative atte ad aumentare il bagaglio di conoscenze a supporto della programmazione in prevenzione e/o a definire prototipi di intervento col medesimo fine. Talune di tali attività hanno in passato permesso di mettere a punto strumenti innovativi (per es PASSI) che proprio per essersi dimostrate valide sono per il triennio 2010-12 considerate tra le attività organiche del PNP.

Con la medesima prospettiva, il PNP può individuare azioni centrali per le quali è necessario acquisire strumenti innovativi talché è dato mandato al CCM di attuarle, nel rispetto dei meccanismi operativi (bando, approvazione delle progettualità operative ecc) di quest'ultimo.

Pertanto, ai fini del finanziamento delle azioni centrali, si possono individuare i seguenti casi:

- l'azione centrale è basata su un progetto già finanziato dal CCM; se la conclusione del progetto in questione produce un risultato considerabile definitivo, tale da potere essere inserito nella programmazione routinaria del PNP, il finanziamento va previsto sulla base di quanto articolato nel Box 2.
- l'azione centrale necessita della messa a punto di uno strumento operativo (piano; prototipo ecc) riconducibile alle finalità del CCM. Al CCM viene dato mandato di realizzare quanto opportuno per l'attuazione dell'azione centrale in questione, nel rispetto dell'autonomia istituzionale.



RISULTATI DEL PRESENTE PROGETTO OPERATIVO

I risultati dell'attività progettuale a supporto del PNP 2010-12 sono costituiti dalle Azioni, di seguito riportate nelle tabelle sinottiche riassuntive delle varie Linee di Supporto previste dal PNP.

Le schede progettuali relative alle azioni centrali identificate sono riportate in altro documento, da sottoporre al confronto con il CIP.

LEGENDA della TABELLA SINOTTICA DELLE AZIONI CENTRALI

Intestazione di colonna

Linea di supporto (A,B,C ... T): identifica l'attività di supporto rispetto all'area di intervento definita dal PNP

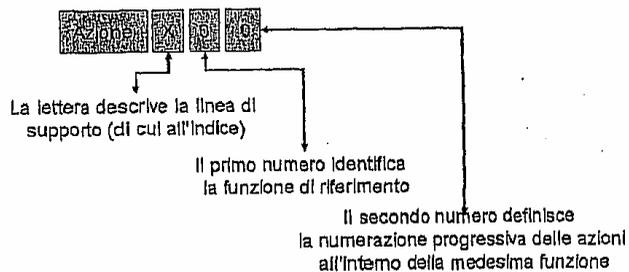
Intestazione di riga

Funzione (1,2,3,4,5): definisce il sottoinsieme di "significato" delle varie azioni, categorizzate secondo le principali funzioni spettanti al livello di governo centrale in un'ottica di *stewardship*.

Casella

Azione centrale: definisce il singolo progetto che concorre all'attuazione del supporto; sono definite con la lettera dell'attività di supporto,

Le azioni sono identificate secondo il metodo seguente



9/7/10

Tabelle sinottiche delle Azioni centrali espresse per Linea di Supporto al PNP (intestazione di colonna) e funzioni (intestazione di riga)

Tabella 1 – Linee di Supporto di cui alle tabelle del PNP: 2.4; 3.2.a; 3.2.b; 3.2.c

Linea di supporto	A) Medicina Predittiva PNP paragrafo 2.4	B) Prevenzione eventi infortunistici stradali PNP paragrafo 3.2.a	C) Prevenzione eventi infortunistici e patologie lavoro-correlate PNP paragrafo 3.2.b	D) Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico PNP paragrafo 3.2.c
Funzioni				
Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)		B 1.1 Predisposizione di proposta di modifica al Codice della Strada	C 1.1 Individuazione di linee-guida per le politiche nazionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro basate sull'evidenza	D 1.1 Protocolli di prevenzione eventi infortunistici
Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)	A 2.1 Modifica degli allegati "B" e "C" del DM 10.9.1998 A 2.2 Protocollo di utilizzo della Public health genomica	B 2.1 Migliorare la qualità dei dati sugli incidenti	C 2.1 Promuovere la realizzazione di interventi, anche normativi, mirati ad implementare i flussi informativi del SINP, utili al monitoraggio dei risultati delle azioni del PNP	D 2.1 Piano di Formazione alla prevenzione infortuni nelle scuole
Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership			C 3.1 Stabilire accordi operativi stabili con i Comitati regionali di coordinamento per il monitoraggio e la valutazione di efficacia, al fine di produrre report nazionali utili alla programmazione e utilizzando i sistemi informativi per la valutazione dati	D 3.1 Promozione di Centri Regionali di Riferimento per la prevenzione degli incidenti e infortuni
Garantire la responsabilità (accountability, informare, responsabilizzare gli operatori)		B 4.1 Predisposizione di campagne di comunicazione		
Gestione basata sulla conoscenza	A 5.1 Valutare le pratiche appropriate ed efficaci di medicina predittiva A 5.2 Promuovere la valutazione di impatto etico, sociale, medico-legale e assicurativo di una strategia di diffusione della medicina predittiva A 5.3 Promuovere la valutazione di fattibilità economica ed organizzativa del trasferimento dei principi e delle metodologie della medicina predittiva in sanità pubblica		C 5.1 Realizzazione di workshop periodici con referenti regionali per il monitoraggio e la valutazione di efficacia	D 5.1 Implementazione dei sistemi di sorveglianza per il monitoraggio del fenomeno degli infortuni domestici



Tabella 2 – Linee di Supporto di cui alla tabelle del PNP-3.3.a.1; 3.3.a.2; 3.3.a.2; 3.3.b

<p>Linea di supporto Funzioni</p> <p>Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)</p> <p>Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)</p> <p>Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership</p> <p>Garantire la responsabilità (accountability); informare; responsabilizzare gli operatori)</p> <p>Gestione basata sulla conoscenza</p>	<p>E) Prevenzione malattie suscettibili di vaccinazione PNP paragrafo 3.3.a.1</p>	<p>F) Prevenzione delle malattie infettive PNP paragrafo 3.3.a.2</p>	<p>G) Prevenzione patologie da esposizione agenti chimici, fisici, biologici PNP paragrafo 3.3.b</p> <p>G. 1.1 Definizione di linee strategiche atte a tutelare dall'esposizione a inquinanti ambientali</p> <p>G. 2.1 Definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti</p> <p>G. 2.2 Organizzazione della rete laboratoristica interregionale a supporto delle attività di sorveglianza e controllo</p> <p>G. 2.3 Realizzazione della rete nazionale per la sorveglianza e il controllo, improntata a criteri di efficacia</p>	<p>H) Prevenzione malattie determinate da alimenti e acqua PNP paragrafo 3.3.c</p> <p>H. 1.1 Adeguamento della normativa specifica per cellachia, includendo i benefici nel quadro complessivo del LEA</p> <p>H. 2.1 Definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti</p> <p>H. 2.2 Revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione</p>
				<p>H.5.1 Studio e ricerca sull'efficacia delle attività di controllo ufficiale, con particolare riguardo agli audit e ai sistemi di allerta</p> <p>H.5.2 Studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità degli operatori del settore alimentare e dei gestori dei servizi idrici</p>
			<p>G. 4.1 Definizione dei contenuti delle attività informative, da delineare in relazione alle esigenze regionali, per la comunicazione sul rischio</p> <p>G. 5.1 Rilievo del quadro epidemiologico degli episodi di reazione allergica connessa a mancata segnalazione in etichetta della presenza dell'allergene.</p> <p>G. 5.2 Utilizzo dei sistemi informativi per la valutazione dati e produzione dei report nazionali finalizzati alla redazione di programmi nazionali in compart produttivi e a maggior rischio</p>	
		<p>F.5.1 Sorveglianza delle infezioni da poliovirus</p>		

Tabella 3 - Linee di Supporto di cui alla tabelle del PNP 3.4.a; 3.4. b

Linee di supporto	I) Sorveglianza e monitoraggio PNP paragrafo 3.4.a	J) Prevenzione delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari (sostegno a Guadagnare Salute); PNP paragrafo 3.4.b
Funzioni		
Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)		J 1.1 Stipula di accordi intersettoriali di carattere politico – organizzativo J 1.2 Stipula di accordi con associazioni di categoria per la vendita e distribuzione responsabile di bevande alcoliche J 1.3 Accordi con associazioni di produzione e distribuzione di alimenti J 1.4 Attuazione della legge n. 55/2005 "Disposizioni finalizzate alla Prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica" e dell'Intesa 26-02-09 Governo/Regioni PP-AA sul programma di monitoraggio e sorveglianza della patologia tiroidea (G.U. 31-03-09).
Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)	I 2.1 Favorire la messa a regime di PASSI, PASSI d'argento e OKkio alla salute ed il loro raccordo con gli altri sistemi informativi	J 2.1 Messa a punto di un sistema di rilevazione dati sull'allattamento al seno e di un programma nazionale di promozione dell'allattamento materno quale strumento di prevenzione dell'obesità J 2.2 Promuovere e diffondere la pratica della prevenzione e diagnosi precoce della FAS (Fetal alcohol syndrome) e delle Fasd (Fetal alcohol spectrum disorders) nelle strutture socio-sanitarie interessate J 2.3 Valorizzazione e promozione delle migliori pratiche (alimentazione, attività fisica, allattamento al seno) J 2.4 Programmi di counseling per la Prevenzione Preconcezionale mediante implementazione di consumo di acido folico
Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership	I 3.1 Sviluppo del network Italiano per la Evidence Based Prevention (EBP)	J 3.1 Orientare la popolazione per la promozione della salute nei primi anni di vita mediante scelte di salute consapevoli e praticabili su 7 determinanti di salute interconnessi -Creazione della rete
Garantire la responsabilità (accountability, informare, responsabilizzare gli operatori)	I 4.1 Comunicare e diffondere i dati derivanti dai profili di salute	J 4.1 Attuazione della legge n.55/2005, promuovendo il consumo di sale iodato attraverso la sensibilizzazione della popolazione J 4.2 Realizzazione di interventi di educazione e di campagne di informazione sulle aree di Guadagnare salute con metodologie di provata efficacia J 4.3 Orientare la popolazione per la promozione della salute nei primi anni di vita mediante scelte di salute consapevoli e praticabili su 7 determinanti di salute interconnessi - Comunicazione
Gestione basata sulla conoscenza		J 5.1 Studio pilota per l'attuazione di un piano di sorveglianza e monitoraggio degli interventi di iodoprofilassi J 5.2 Implementazione di Piano Nazionale di monitoraggio Alcol e Salute (già approvate con accordo Stato-Regioni del 29/03/07) J 5.3 Orientare la popolazione per la promozione della salute nei primi anni di vita mediante scelte di salute consapevoli e praticabili su 7 determinanti di salute interconnessi - comunicazione – Monitoraggio J 5.4 Monitoraggio e valutazione dei programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze attivati, con follow up a distanza

Tabella 4 – Linee di Supporto di cui alla tabelle del PNP : 4.2; 4.3; 4.4

Linea di supporto	K) Screening e prevenzione oncologica PNP paragrafo 4.2	L) Malattie cardio cerebro-vascolari PNP paragrafo 4.3	M) Diabete PNP paragrafo 4.4
Funzioni Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)	K 1.1 Miglioramento dei sistemi di sorveglianza della incidenza delle patologie neoplastiche, attraverso la regolamentazione della rete dei registri tumori K 1.2 Coinvolgimento dei MMG K 2.1 Supporto e affiancamento all'attività programatoria delle Regioni mediante l'Osservatorio Nazionale Screening K 2.2 Miglioramento dei sistemi di sorveglianza della incidenza delle patologie neoplastiche, attraverso il consolidamento della rete dei registri tumori K 2.3 Sintesi delle migliori pratiche di reinserimento nella prevenzione individuale per tumore della mammella K 2.4 Sintesi delle migliori pratiche di reinserimento nella prevenzione individuale per tumore della cervice uterina	L 1.1 Implementazione Accordo Stato-Regioni 3/02/2005 (ctus) L 2.1 Linea Guida per la prevenzione primaria delle malattie cardiache L 2.2 Aggiornamento carta del rischio L 2.3 Definizione di un percorso assistenziale del soggetti con malattie cardiovascolari L 2.4 Miglioramento della gestione del paziente con precedenti eventi cardiovascolari L 2.5 Predisposizione di Piani nazionali di formazione L 2.6 Definizione di Linea Guida per la prevenzione e la gestione dell'ictus L 2.7 Definizione di indicatori per il monitoraggio dell'ictus L 3.1 Istituzione di un gruppo di lavoro tecnico interregionale sullo stroke	M 2.1 implementazione di sistemi informativi per la gestione integrata del diabete M 2.2 Predisposizione di un percorso formativo rivolto agli operatori e ai diversi attori coinvolti nella gestione integrata del diabete M 2.3 Definizione di un set di indicatori per la valutazione economica dell'attività di gestione integrata del diabete
Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership	K 3.1 Coordinamento degli stakeholders coinvolti nei programmi di screening e delle attività a sostegno dello sviluppo dei programmi di screening		
Garantire la responsabilità (accountability); informare; responsabilizzare gli operatori			M 4.1 Definizione di strumenti utili ed efficaci per una corretta comunicazione

<p>Linea di supporto</p>	<p>Funzioni</p> <p>Gestione basata sulla conoscenza</p>	<p>K) Screening e prevenzione oncologica PNP paragrafo 4.2</p> <p>K 5.1 Consolidare il Sistema Informativo Screening</p> <p>K 5.2 Integrare basi dati per il burden of disease dei tumori di mammella, cervice uterina e colonretto</p> <p>K 5.3 Sperimentazione/valutazione di nuove tecnologie (costo-efficacia della colonoscopia virtuale e della colonoscopia endoscopica come test di primo livello)</p> <p>K 5.4 Valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità ed adeguatezza</p> <p>K 5.5 Studi e ricerche sui cancerogeni, sull'esposizione e sul bioaccumulo</p> <p>K 5.6 Coordinare attività di studio e sperimentali per contrastare il cancro al polmone e alla prostata</p> <p>K 5.7 - Valutazione dell'integrazione con i programmi di vaccinazione anti HPV</p>	<p>L) Malattie cardio cerebro-vascolari PNP paragrafo 4.3</p>	<p>M) Diabete PNP paragrafo 4.4</p>
--------------------------	---	--	---	---

Handwritten signature



Tabella 5 – Linee di Supporto di cui alla tabelle del PNP 4.5; 4.6; 4.7

Linea di supporto	N) Malattie respiratorie croniche PNP paragrafo 4.5	O) Malattie osteo-articolari PNP paragrafo 4.6	P) Patologie odontoiatriche PNP paragrafo 4.7
Funzioni			
Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)			
Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)	N 2.1 Implementazione programmi rivolti alla riduzione dei principali fattori di rischio (integrare con le azioni della linea J - Guadagnare Salute) N 2.2 Definizione di un percorso assistenziale dei soggetti con malattie respiratorie croniche N 2.3 Miglioramento della gestione del paziente cronico ospedale-territorio (assistenza domiciliare integrata)		P 2.1 Documento di "Buone pratiche per la prevenzione e l'identificazione precoce delle principali patologie del cavo orale". P 2.2 Predisposizione di un percorso formativo
Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership			
Garantire la responsabilità (accountability, informare, responsabilizzare gli operatori)			
Gestione basata sulla conoscenza			

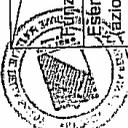
Tabella 6 – Linee di Supporto di cui alla tabelle del PNP 4.8; 4.9;

Linea di supporto	Q (4.8) Prevenzione del disagio mentale	R (4.9) Malattie neurologiche
Funzioni Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)	Q 1.1 Documento condiviso tra Amministrazioni centrali e regionali per un approccio scientificamente validato ai diversi aspetti della problematica del DCA	R 1.1 Documento di indirizzo sulle migliori pratiche di gestione integrata
Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)	Q 2.1 Documento di "Buone pratiche" per la prevenzione e l'identificazione precoce della depressione Q 2.2 Definizione di un percorso informativo/formativo/di aggiornamento sulle migliori pratiche preventive per la prevenzione dei suicidi e realizzazione di un primo corso sperimentale Q 2.3 Costruzione di una metodologia di intervento preventivo per il contrasto al DCA	R 2.1 pacchetto formativo multiprofessionale e multidisciplinare
Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership	Q 3.1 Organizzare una rete di confronto permanente per lo scambio delle esperienze per la prevenzione sulla depressione	
Garantire la responsabilità (accountability, informare; responsabilizzare gli operatori)		
Gestione basata sulla conoscenza		



Tabella 7 -- Linee di Supporto di cui alla tabelle del PNP 4.10; 4.11

<p>Linea di supporto 4.10 Funzioni Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)</p>	<p>S (4.10) Cecità ed ipovisione</p> <p>S 1.1 Linee Guida nazionali sulla riabilitazione visiva e sull'assistenza protesica</p> <p>S 2.1 Documento di sintesi delle evidenze per gli screening della ipovisione S 2.2 definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio S 2.3 Definizione di protocolli di screening S 2.4 Definizione di un percorso formativo in tema di prevenzione S 2.5 Redazione di un documento di sintesi delle evidenze su riabilitazione e protesica S 2.6 Definizione di un percorso di formazione in tema di riabilitazione ed assistenza protesica</p> <p>S 3.1 Organizzazione di un network centri di eccellenza</p>	<p>T (4.11) Ipoacusia e sordità</p> <p>T 1.1 Linee Guida nazionali sulla riabilitazione e sull'assistenza protesica</p> <p>T 2.1 Documento di sintesi delle evidenze per gli screening nazionali secondo età target dell'ipoacusia e sordità T 2.2 definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio T 2.3 Definizione di protocolli di screening T 2.4 Definizione di un percorso formativo in tema di prevenzione T 2.5 Redazione di un documento di sintesi delle evidenze su riabilitazione e protesica T 2.6 Definizione di un percorso di formazione in tema di riabilitazione ed assistenza protesica</p> <p>T 3.1 Organizzazione di un network centri di eccellenza</p>
<p>Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)</p>		
<p>Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership</p>		
<p>Garantire la responsabilità (accountability, informare; responsabilizzare gli operatori)</p>		
<p>Gestione basata sulla conoscenza</p>		



[Handwritten signature]

AZIONI CENTRALI SINERGICHE

LINEA DI SUPPORTO Azioni sinergiche

L'insieme delle azioni di supporto previste dal PNP ha margini di ottimizzazione e sinergizzazione laddove elementi comuni a più linee di supporto possano giovare di un approccio unico. Pertanto, dopo l'analisi delle varie azioni sono emersi alcuni ambiti nei quali appare ragionevole ed efficiente proporre delle "azioni sinergiche"

Obiettivo del supporto massimizzare l'efficacia e l'efficienza degli interventi previsti come azioni centrali

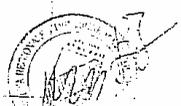
Risultato atteso

Predisposizione di strumenti di supporto all'insieme del PNP o di un sottoinsieme di linee di supporto



TABELLA RIASSUNTIVA		
	Azioni sinergiche	Lineazioni di supporto interessate
Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)	AC 1.1. Supporto legislativo al PNP	<p>B) Prevenzione eventi infortunistici stradali PNP paragrafo 3.2.a</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ B 1.1 predisposizione di proposta di modifica al Codice della Strada <p>H) Prevenzione malattie determinate da alimenti e acqua PNP paragrafo 3.3.c</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ H 1.1 Adeguamento della normativa specifica per celiachia, includendo i benefici nel quadro complessivo del LEA <p>I) Sorveglianza e monitoraggio PNP paragrafo 3.4.a</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I 1.1 Razionalizzazione dei sistemi di sorveglianza e dei flussi informativi mediante la predisposizione di un atto normativo <p>K) Screening e prevenzione oncologica PNP paragrafo 4.2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ K 1.1 – Miglioramento dei sistemi di sorveglianza della incidenza delle patologie neoplastiche, attraverso la regolamentazione della rete dei registri tumori <p>M) Diabete PNP paragrafo 4.4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ M 4.1 Definizione di strumenti utili ed efficaci per una corretta comunicazione
Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)	AC 2.1 Piano di formazione dell'ISS a supporto della programmazione regionale	Tutte
Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership		

TABELLA RIASSUNTIVA		
	Azioni sinergiche	Linee/azioni di supporto interessate
<p>Garantire la responsabilità (accountability, responsabilizzare gli operatori)</p>	<p>AC 4.1 Piano di comunicazione nazionale a supporto della promozione</p>	<p>B) Prevenzione eventi infortunistici stradali PNP paragrafo 3.2.a</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ B 4.1 Predisposizione di campagne di comunicazione <p>G) Prevenzione patologie da esposizione agenti chimici, fisici, biologici PNP paragrafo 3.3.b</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ G 4.1 – Definizione dei contenuti delle attività informative, da delineare in relazione alle esigenze regionali, per la comunicazione sul rischio <p>J) Prevenzione delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari (sostegno a Guadagnare Salute); PNP paragrafo 3.4.b</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ J 4.1 Attuazione della legge n.55/2005 promuovendo il consumo di sale iodato attraverso la sensibilizzazione della popolazione ▪ J 4.2 – Realizzazione di interventi di educazione e di campagne di informazione sulle aree di Guadagnare salute con metodologie di provata efficacia ▪ J 4.3 Orientare la popolazione per la promozione della salute nei primi anni di vita mediante scelte di salute consapevoli e praticabili su 7 determinanti di salute interconnessi -comunicazione
<p>Cristianità basata sulla conoscenza</p>	<p>AC 5.2 Azione conoscitiva sull'assetto e le attività delle strutture deputate alla prevenzione</p> <p>AC 5.1 Integrazione delle fonti informative secondo la metodologia del Burden of disease</p> <p>AC 5.3 Sistema di sorveglianza dei fattori di rischio legati agli stili di vita e sulle patologie non trasmissibili</p>	<p>Tutte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ K) Screening e prevenzione oncologica PNP paragrafo 4.2 ▪ L) Malattie cardio cerebro-vascolari PNP paragrafo 4.3 ▪ M) Diabete PNP paragrafo 4.4 ▪ I) Sorveglianza e monitoraggio PNP paragrafo 3.4.a ▪ J) Prevenzione delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari (sostegno a Guadagnare Salute); PNP paragrafo 3.4.b



Allegato 3

Valutazione e certificazione del Piano

La valutazione ai fini della certificazione annuale del Piano, a cura del CCM con il supporto tecnico del CNESPS, si articola essenzialmente in due fasi:

- valutazione propedeutica: viene effettuata ex-ante, sui documenti di progetto, prima della esecuzione dei piani regionali. E' finalizzata ad una valutazione metodologica e contenutistica dei progetti presentati;
- valutazione certificativa: viene effettuata in corso d'opera (annualmente). E' finalizzata a monitorare il processo di svolgimento dei piani regionali e lo stato di avanzamento nella attuazione degli interventi programmati rispetto agli obiettivi e al piano di valutazione definiti in ciascun piano.

La prima fase è propedeutica alla seconda: la messa in atto del piano regionale, e quindi il monitoraggio della realizzazione degli interventi, sono possibili solo a seguito di un esito positivo della valutazione propedeutica.

La seconda fase esita nella certificazione annuale del Piano, cui è vincolata la destinazione, per ogni anno di certificazione, delle somme premianti di cui all'articolo 1, comma 4, della presente Intesa.

I criteri in base ai quali, a seguito della valutazione certificativa, la Regione risulta adempiente per il Piano nazionale della prevenzione verranno definiti in seno al gruppo tecnico incaricato della valutazione del Piano.

DECRETI

Presidente della Giunta Regionale

DECRETO 05.08.2010, n. 97:

Riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della “Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale Anffas (A.N.F.F.A.S.) – Onlus di Giulianova”, con sede in Giulianova (TE).

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
REGIONALE

Visto l’art. 117 della Costituzione;

Visti gli articoli 14 e seguenti del Codice Civile;

Visto il D.P.R. 10 febbraio 2000, n.361, “Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti di riconoscimento di persone giuridiche private e di approvazione delle modifiche dell’atto costitutivo e dello statuto”;

Visto, in particolare, l’art. 7 del citato D.P.R. 361/2000 concernente il riconoscimento delle persone giuridiche private che operano nelle materie attribuite alla competenza delle Regioni dall’art. 14 del D.P.R. 616/1977 e le cui finalità statutarie si esauriscono nell’ambito di una sola Regione;

Vista la L.R. 3/3/2005 n. 13 “Norme per l’esercizio delle funzioni amministrative concernenti le persone giuridiche private ai sensi dell’art. 14 DPR. 24/7/1977 n. 616. Abrogazione della L.R. 6/1991”, che disciplina le funzioni amministrative in materia, ai sensi della quale si è svolto l’iter procedimentale finalizzato al riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della “Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale Anffas (A.N.F.F.A.S.) – Onlus di Giulianova”, con sede in Giulianova (TE).

Vista l’istanza del 30/6/2010 presentata dal Presidente e legale rappresentante della “Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale Anffas (A.N.F.F.A.S.) – Onlus di Giulianova”, con sede in Giulianova (TE), Viale Orsini n. 39, volta ad ottenere il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della Associazione e l’iscrizione della stessa nel Registro delle persone giuridiche della Regione Abruzzo;

Visto il verbale di assemblea dell’Associazione del 18/12/2008 rep. n. 15423, racc n. 3696 a rogito del dott. Nicola Genua, notaio in Mosciano Sant’Angelo e lo Statuto, allegato “A” del medesimo atto;

Accertata, sulla base dello Statuto dell’Ente e della documentazione allo stesso allegata, la competenza regionale a pronunciarsi sull’istanza poiché le finalità della Associazione rientrano tra le materie elencate nel D.P.R. 616/77 e la sua attività si esaurisce nell’ambito del territorio regionale;

Dato atto che, ai sensi dell’art. 4 della L.R. 13/2005, l’esame dei vari interessi pubblici coinvolti e l’acquisizione dei pareri necessari, ai fini di una compiuta valutazione dei vari aspetti interessati dal procedimento finalizzato al riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della “Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale Anffas (A.N.F.F.A.S.) – Onlus di Giulianova”, con sede in Giulianova (TE), si sono realizzati per il tramite di una Conferenza di Servizi, tenutasi in data 22/7/2010;

Visto il verbale della Conferenza di Servizi del 22/7/2010 nel corso della quale si è preso atto dei pareri favorevoli al riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato in favore della “Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale Anffas (A.N.F.F.A.S.) – Onlus di Giulianova”, con sede in Giulianova (TE), da parte delle competenti Direzioni regionali;

Rilevati l'interesse sociale e la valenza delle finalità della Associazione, quali quelle di solidarietà e promozione sociale, in campo: sanitario, sociale, socio-sanitario, socio-assistenziale, socio-educativo, sportivo-ludicomotorio, ricreativo, della ricerca scientifica, della formazione, del tempo libero, culturale, della tutela dei diritti umani e civili, prioritariamente in favore di persone svantaggiate in situazioni di disabilità intellettiva e/o relazionale e delle loro famiglie;

Verificata la conformità dello Statuto alle vigenti disposizioni;

Accertato che sussistono le condizioni per il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato alla "Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale Anffas (A.N.F.F.A.S.) – Onlus di Giulianova", con sede in Giulianova (TE), e per l'iscrizione della stessa nel Registro delle persone giuridiche istituito presso la Regione Abruzzo;

Dato atto che il Direttore della Direzione Affari della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia ha espresso parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica amministrativa nonché sulla legittimità del presente provvedimento

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa:

- di concedere, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 13/2005, il riconoscimento della personalità giuridica di natura privata alla "Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale Anffas (A.N.F.F.A.S.) – Onlus di Giulianova", con sede in Giulianova (TE), Viale Orsini n. 39;
- di iscrivere la predetta Associazione nel Registro delle persone giuridiche istituito presso la Regione Abruzzo.

Il presente decreto sarà pubblicato, unitamente allo Statuto, sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Il presente decreto è definitivo e contro di esso è ammesso ricorso giurisdizionale al T.A.R. Abruzzo entro 60 giorni dalla data di notifica del presente atto all'interessato, ai sensi dell'art. 21 della L. 6/12/1971 n. 1034, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato nel termine di 120 giorni, sempre dalla data di notifica del presente atto all'interessato, in base a quanto disposto dagli artt. 8 e seg. del D.P.R. 24/11/1971 n. 1199.

L'Aquila, li 5.08.2010

IL PRESIDENTE
Giovanni Chiodi

Segue allegato



*Notaio
Nicola Genova*

Allegato "A" all'atto Repertorio n. 15423 Raccolta n. 3696 -

----- STATUTO -----

----- ANFFAS - ONLUS di GIULIANOVA -----

----- ASSOCIAZIONE FAMIGLIE DI PERSONE CON DISABILITA' -----

----- INTELLETTIVA E/O RELAZIONALE -----

Titolo primo: Sede, fini e risorse economiche -----

Art. 1 ---- COSTITUZIONE -----

Art. 2 ---- SEDE -----

Art. 3 --- FINALITA' E ATTIVITA' -----

Art. 3.1 - OBBLIGHI CONNESSI ALL'APPARTENENZA AD ANFFAS ON-

LUS -----

Art. 4 ---- RISORSE ECONOMICHE -----

Titolo secondo: Soci -----

Art. 5 ---- SOCI -----

Art. 5 bis ONORIFICENZE -----

Art. 6 ---- CESSAZIONE QUALITA' DI SOCIO -----

Titolo terzo: Organi Sociali -----

Art. 7 --- ORGANI DELL'ASSOCIAZIONE -----

Art. 7 bis CARICHE SOCIALI -----

Art. 8 --- ASSEMBLEE: CONVOCAZIONI -----

Art. 9 --- ASSEMBLEE: QUORUM COSTITUTIVI E DELIBERATIVI ----

Art. 10 --- ASSEMBLEE: POTERI -----

Art. 11 --- CONSIGLIO DIRETTIVO: COMPOSIZIONE -----

Art. 12 --- CONSIGLIO DIRETTIVO: FUNZIONAMENTO -----

Art. 13 --- CONSIGLIO DIRETTIVO: POTERI -----

Art. 14 --- CONSIGLIO DIRETTIVO: DECADENZA DEL CONSIGLIERE -

Art. 15 --- PRESIDENTE -----

Art. 16 -- COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI -----

Art. 17 -- COLLEGIO DEI PROBIVIRI -----

Titolo quarto: Norme Amministrative -----

Art.18 ---- BILANCIO ED AVANZI DI GESTIONE -----

Art.19 ---- DURATA DELL'ASSOCIAZIONE -----

Art. 20 --- SCIOGLIMENTO -----

Art. 21 --- REGOLAMENTO -----

Art. 22 -- NORME DI RINVIO -----

Art. 23 --- NORMA TRANSITORIA DI ATTUAZIONE -----

----- TITOLO PRIMO: SEDE, FINI E RISORSE ECONOMICHE -----

Articolo 1. COSTITUZIONE -----

E' costituita l'"Associazione Famiglie di Persone con Disa-

bilita' Intellettiva e/o Relazionale Anffas (A.N.F.F.A.S.) -

Onlus di Giulianova, in breve denominabile anche Anffas On-

lus di Giulianova". Tale denominazione o la denominazione

abbreviata Anffas Onlus di Giulianova, sarà usata in qual-

siasi segno distintivo ed in ogni comunicazione rivolta al

pubblico. -----

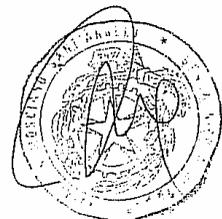
L'Associazione è un Ente giuridicamente autonomo parte del-

l'unitaria struttura Anffas Onlus, come determinato nello

Statuto dell'Anffas Onlus Nazionale. -----

Articolo 2. SEDE -----

L'Associazione ha sede legale in Giulianova (TE), Viale Or-



sini n. 39. -----

L'Associazione esaurisce le proprie finalità statutarie nel territorio della Regione Abruzzo. -----

La sede legale può essere trasferita in altro Comune solo con delibera dell'assemblea straordinaria dei soci e ciò comporterà modifica dello statuto. -----

Il Consiglio Direttivo può deliberare il trasferimento della sede all'interno dei confini comunali senza che ciò comporti la modifica dello Statuto. -----

I soci devono essere tempestivamente informati del trasferimento della sede. -----

Articolo 3. FINALITA' E ATTIVITA' -----

L'Associazione ha struttura democratica, non ha scopo di lucro (opera prevalentemente su base di volontariato) e le cariche sono gratuite. Persegue esclusivamente finalità di solidarietà e promozione sociale, in campo: sanitario, sociale, socio-sanitario, socio-assistenziale, socio-educativo, sportivo-ludico-motorio, ricreativo, della ricerca scientifica, della formazione, del tempo libero, culturale, della tutela dei diritti umani e civili, prioritariamente in favore di persone svantaggiate in situazioni di disabilità intellettiva e/o relazionale e delle loro famiglie, affinché a tali persone sia garantito il diritto inalienabile ad una vita libera e tutelata, il più possibile indipendente nel rispetto della propria dignità. -----

L'Associazione persegue il proprio scopo, anche attraverso lo sviluppo di attività atte a: -----

- a) stabilire e mantenere rapporti con gli Organi Politici ed Amministrativi locali e Regionali, con Centri pubblici e privati operanti nel settore della disabilità, nel rispetto del ruolo primario degli Organismi Regionali di cui all'art. 19 dello statuto di Anffas Nazionale; -----
- b) promuovere e partecipare ad iniziative, anche in ambito legislativo, amministrativo e giudiziario, a tutela delle persone con disabilità e loro famigliari; -----
- c) promuovere e sollecitare la ricerca, la prevenzione, la cura, l'abilitazione e la riabilitazione sulla disabilità intellettiva e/o relazionale, proponendo alle famiglie ogni utile informazione, anche di carattere normativo, sanitario e sociale ed operando per rimuovere le cause di discriminazione e creare le condizioni di pari opportunità; -----
- d) promuovere, in tutte le sedi, il principio dell'inclusione sociale, in particolare l'inclusione scolastica, la qualificazione professionale e l'inserimento inclusivo nel proprio contesto sociale e nel mondo del lavoro, attraverso il percorso di "presa in carico"; -----
- e) promuovere e concorrere alla formazione, la qualificazione e l'aggiornamento di docenti e personale di ogni ordine e grado; -----
- f) formare persone impiegate o da impiegare direttamente

nelle attività istituzionali svolte dall'associazione; -----
g) promuovere, costituire, gestire ed amministrare strutture e servizi: abilitativi, riabilitativi, sanitari, sociali, socio-sanitari, socio-assistenziali, educativi, assistenziali, formativi, socio-educativi, sportivi-ludico/motori - pre-promozionali e pre-sportivi, centri di formazione, strutture diurne e/o residenziali ed ogni altra attività connessa e pertinente, anche in modo tra loro congiunto. Ciò può avvenire anche attraverso la promozione, partecipazione e/o la costituzione di enti di gestione idonei a rispondere ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva e/o relazionale e delle loro famiglie favorendo la consapevolezza che la disabilità è problema sociale e non privato; -----

h) promuovere, costituire, amministrare organismi editoriali e mediatici per la pubblicazione e la diffusione di informazioni che trattano i temi afferenti alla disabilità; -----

i) assumere in ogni sede la rappresentanza e la tutela dei diritti umani, sociali e civili, di cittadini che per la loro particolare disabilità, intellettiva e/o relazionale, da soli non fanno o non possono rappresentarsi. -----

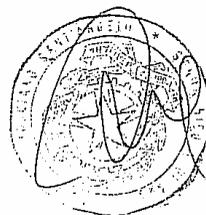
L'Associazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate se non alle stesse direttamente connesse. ---
Unicamente per il conseguimento degli scopi sociali l'Associazione potrà compiere tutte le operazioni mobiliari, immobiliari e finanziarie, ivi compresa la concessione di garanzie reali o personali in favore proprio o di terzi, nonché l'alienazione di beni mobili ed immobili, sia a titolo oneroso che gratuito, anche tramite donazioni, anche modali. --

ARTICOLO 3.1. OBBLIGHI CONNESSI ALL'APPARTENENZA AD ANFFAS ONLUS -----

Le attività di cui all'Art. 3 sono esercitate in coerenza con le indicazioni fornite da Anffas Nazionale. -----

L'Associazione ha piena autonomia giuridica e conserva, pertanto, la propria autonomia decisionale, gestionale, operativa e patrimoniale secondo il presente Statuto, delegando gli interventi per le attività regionali agli Organismi Regionali rappresentativi delle Associazioni Locali Socie e sovraregionali ad Anffas Onlus Nazionale, concordandone i modi nelle sedi associative opportune. -----

L'Associazione si obbliga ad utilizzare per le proprie attività istituzionali, la loro promozione ed identificazione, esclusivamente il marchio Anffas, registrato il 22.2.2000 presso l'ufficio Italiano Brevetti e Marchi contraddistinto al n° 00897458, così come fornito dall'Anffas Onlus Nazionale nei modi e nei termini determinati dalla stessa e così come disposto dall' Art. 4 bis dello statuto di Anffas Nazionale. Nell'eventualità di esclusione o recesso da socio di Anffas Onlus il diritto all'utilizzo del marchio (segni sociali) cessa automaticamente e lo stesso sarà cancellato da ogni proprio segno distintivo e/o identificativo. -----



L'Associazione locale si obbliga all'osservanza dell'atto costitutivo, dello Statuto, dei regolamenti e delle deliberazioni adottate dai competenti organi sociali dell'Anffas Nazionale nonché a garanzia primaria degli utenti a: -----

1) adottare una carta dei servizi, conforme allo schema tipo predisposto da Anffas Onlus, comprensiva dei livelli minimi di qualità; -----

2) redigere il bilancio nei modi e nei termini di legge, adottando lo schema tipo predisposto da Anffas Onlus; -----

3) certificare il bilancio, nell'eventualità che il totale delle entrate annue superi la somma di euro 516.457,00 attraverso la sottoscrizione dello stesso da parte di almeno un revisore contabile iscritto nel relativo albo; -----

4) devolvere, in caso di scioglimento, il patrimonio residuo ad Anffas Onlus Nazionale o ad uno o più dei diversi Enti facenti parte dell'unitaria struttura Anffas aventi forma di ONLUS; -----

5) costituire, aderire e partecipare agli Organismi Regionali rappresentativi delle Associazioni locali socie del territorio della Regione di riferimento; -----

6) inquadrare il personale nell'ambito degli standard stabiliti dall'Ente Pubblico per i Servizi convenzionati o accreditati e secondo il CCNL Anffas Nazionale; -----

7) fornire ad Anffas Onlus Nazionale l'elenco degli autonomi enti promananti e/o collegati, aggiornandolo ogni anno; ----

8) versare annualmente la quota associativa ed il contributo obbligatorio nei modi e nei termini definiti dal Consiglio Direttivo Nazionale. -----

L'Associazione potrà promuovere la costituzione di autonomi enti, quali fondazioni, cooperative sociali, gruppi ed associazioni sportive, etc. e/o parteciparvi, anche al fine di provvedere alla gestione di servizi, utili per il perseguimento dei propri scopi istituzionali. Per tali enti, anche ai fini della richiesta dell'attribuzione del marchio, si applica quanto previsto dallo Statuto e dal Regolamento Generale di Anffas Nazionale. -----

Articolo 4. RISORSE ECONOMICHE -----

Il patrimonio dell'Associazione è costituito da beni mobili ed immobili. -----

Le risorse economiche dell'associazione potranno derivare da: -----

- quote sociali; -----

- contributi dei Soci; -----

- contributi di privati; -----

- contributi dello Stato e/o delle Regioni, Province e Comuni, di enti o di istituzioni pubbliche e private anche finalizzati al sostegno di specifiche e documentate attività o progetti; -----

- contributi di organismi Internazionali; -----

- lasciti, donazioni ed erogazioni liberali; -----

- rimborsi o corrispettivi derivanti da convenzioni per l'esercizio delle attività istituzionali; -----
 - qualsiasi altra entrata derivante da attività commerciali e produttive direttamente connesse o accessorie per natura a quelle statutarie in quanto integrative delle stesse, nei limiti di cui al D.Lgs. 460/97 e successive modificazioni; -
 - ogni altra entrata finalizzata all'attività istituzionale. I versamenti associativi sono a fondo perduto. In nessun caso, e quindi nemmeno in caso di scioglimento dell'Associazione, né in caso di estinzione di recesso o di esclusione dall'Associazione, può pertanto farsi luogo alla ripetizione di quanto versato all'Associazione stessa. -----
 I versamenti non creano altri diritti di partecipazione, segnatamente, non creano quote indivise di partecipazione trasmissibili a terzi, né per successione a titolo particolare, né per successione a titolo universale. -----

----- **TITOLO SECONDO: SOCI** -----

Articolo 5. I SOCI -----

I soci si distinguono in: -----

Ordinari: -----

sono i parenti entro il quarto grado, gli affini entro il secondo grado, i tutori, curatori ed amministratori di sostegno di persone con disabilità intellettiva e/o relazionale, verso cui l'attività dell'Associazione è principalmente rivolta. -----

Per singola persona con disabilità il numero dei soci collegati non può essere superiore a tre. -----

La qualifica di Socio ordinario non viene meno con il decesso della persona con disabilità. -----

Amici: -----

sono le persone che prendono parte e collaborano alla vita dell'Associazione da almeno un anno. -----

I Soci amici sono iscrिवibili nel limite del trenta per cento del numero complessivo dei Soci stessi. -----

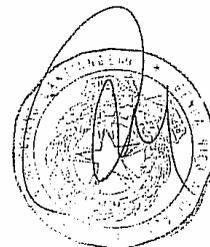
L'attività istituzionale ed associativa del socio è svolta in base al principio di solidarietà sociale con prestazioni volontarie, spontanee e gratuite. -----

Gli aspiranti Soci devono presentare apposita domanda al Consiglio Direttivo nella quale dichiarano di accettare senza riserve lo Statuto dell'Associazione. -----

L'Ammissione a Socio decorre dalla data di delibera del Consiglio Direttivo e dalla contestuale iscrizione nel libro soci. -----

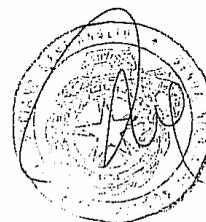
Ad ogni Socio successivamente all'iscrizione dovrà essere consegnata una tessera sociale, da rinnovarsi a cadenza annuale, su modello unificato predisposto dall'Anffas Onlus Nazionale. -----

Tutti i Soci sono tenuti al pagamento di una identica quota annuale, deliberata dall'Assemblea dei soci e da versarsi con le modalità fissate con delibera del Consiglio Diretti-



vo. -----
Il diritto di voto all'Assemblea spetta solo ai Soci in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno in corso. -----
I Soci hanno il diritto di partecipare alla vita dell'Associazione e ad essere informati sull'attività della stessa. Non è ammessa la temporaneità di tale partecipazione. -----
I Soci hanno diritto a eleggere gli Organi amministrativi della Associazione. -----
I Soci sono obbligati all'osservanza dell'atto costitutivo, dello Statuto, dei regolamenti e delle deliberazioni adottate dai competenti Organi sociali in conformità alle norme statutarie. -----
Articolo 5 bis. ONORIFICENZE -----
L'Assemblea dei Soci può conferire, su proposta del Consiglio Direttivo, il riconoscimento dell'onorificenza di "Socio Onorario" a persone che hanno reso notevoli servizi all'Associazione e/o che hanno promosso particolari interventi a sostegno dell'Associazione stessa. -----
Il riconoscimento di "Socio Onorario" ha valore meramente onorifico e non attribuisce diritto di voto né obblighi economici nei confronti dell'Associazione. -----
Articolo 6. CESSAZIONE DALLA QUALITÀ DI SOCIO -----
L'appartenenza all'Associazione cessa: -----
a) per decesso; -----
b) per recesso, che deve essere comunicato per iscritto al Consiglio Direttivo; -----
c) per esclusione, che viene deliberata dal Consiglio Direttivo, con quorum deliberativo dei due terzi dei consiglieri in carica, per i seguenti casi: -----
- in caso di morosità nel pagamento della quota annuale che persista per oltre sei mesi dell'anno in corso; -----
- in caso di comportamenti incompatibili con le finalità dell'Associazione, tali da arrecare danni morali o materiali all'Associazione stessa o per inadempienza agli obblighi assunti ai sensi dell'atto costitutivo, dello statuto, e degli eventuali regolamenti e deliberati, nonché per gravi e comprovati motivi. -----
La decisione di esclusione di un socio per gravi motivi deve essere sottoposta a ratifica dell'Assemblea, nella prima riunione utile. -----
Contro il provvedimento di esclusione è data facoltà al socio di ricorrere al Collegio dei Proibiviri entro trenta giorni dalla data di ricezione dello stesso. -----
----- **TITOLO TERZO: ORGANI SOCIALI** -----
Articolo 7. ORGANI DELL'ASSOCIAZIONE -----
Gli organi dell'Associazione sono: -----
1) l'Assemblea dei Soci; -----
2) il Consiglio Direttivo; -----
3) il Presidente; -----

4) il Collegio dei Revisori dei Conti; -----
5) il Collegio dei Proviviri. -----
Articolo 7 bis. CARICHE SOCIALI -----
Le cariche sociali sono riservate ai Soci, con l'eccezione della carica di Revisore dei Conti e di Proviviri alle quali possono accedere anche i non soci. -----
Il mandato per le cariche elettive, senza eccezioni di sorta, dura un quadriennio e viene esercitato nell'osservanza dello Statuto e del Regolamento e nel rispetto dell'art. 2391 c.c.. -----
Il Consiglio Direttivo dichiara la decadenza del componente elettivo che, senza giustificato motivo, non interviene a tre riunioni consecutive. -----
Tutte le votazioni sono palesi, salvo quelle concernenti la designazione, l'elezione o la valutazione di persone, che si svolgono a scrutinio segreto. -----
Articolo 8. ASSEMBLEE: CONVOCAZIONI -----
Le Assemblee sono ordinarie e straordinarie. -----
Le Assemblee hanno luogo nella città sede dell'Associazione o in altro luogo del territorio provinciale, secondo quanto indicato nell'avviso di convocazione. -----
L'Assemblea ordinaria è convocata almeno due volte all'anno:
- entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di competenza per l'approvazione del rendiconto consuntivo; -----
- entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di competenza per l'approvazione del bilancio preventivo e del programma associativo. -----
L'Assemblea è altresì convocata qualora particolari esigenze lo richiedano e comunque quando ne faccia richiesta almeno 1/5 più uno (un quinto più uno) dei soci aventi diritto di voto. -----
La convocazione, con relativo ordine del giorno, avviene con apposito avviso personale inviato per lettera, o altro idoneo mezzo legalmente valido (fax, telegramma, posta elettronica o quant'altro), almeno 20 giorni prima dalla data prescelta per l'assemblea in prima convocazione. -----
L'Assemblea, legalmente convocata e costituita, rappresenta l'universalità dei soci. -----
Le sue deliberazioni, legalmente adottate, obbligano tutti gli associati anche se non intervenuti o dissenzienti, salvo ogni diritto di impugnativa previsto dalle vigenti norme. --
Non sono ammessi al voto i soci non in regola con i pagamenti delle quote sociali. -----
Articolo 9. ASSEMBLEE: QUORUM COSTITUTIVI E DELIBERATIVI ---
L'Assemblea ordinaria, in prima convocazione, è regolarmente costituita con la presenza della metà più uno dei soci aventi diritto di voto ed in seconda convocazione (da tenersi non prima di 24 ore dalla prima) è regolarmente costituita qualsiasi sia il numero dei soci intervenuti e rappresentati. -----



L'Assemblea straordinaria in prima convocazione è regolarmente costituita con la presenza di almeno due terzi dei soci aventi diritto di voto e in seconda convocazione (da tenersi non prima di 24 ore dalla prima) è regolarmente costituita qualsiasi sia il numero dei soci intervenuti e rappresentati. -----

Le Assemblee, ordinaria e straordinaria, sia in prima che in seconda convocazione, deliberano con il voto favorevole della maggioranza dei soci intervenuti. Per le delibere importanti modifiche statutarie è necessaria la maggioranza dei 3/4 (tre quarti) dei soci aventi diritto di voto. -----

Ogni socio ha diritto ad un solo voto e può farsi rappresentare solo da altro socio purché quest'ultimo non sia Consigliere, Revisore dei Conti, componente del Collegio dei Proviviri o dipendente. La delega deve essere rilasciata per iscritto. Ogni socio non può rappresentare per delega più di due soci. -----

Ciascun socio può votare per non più della metà più uno dei componenti da eleggere per ogni carica associativa. -----

La votazione per l'elezione del Presidente viene effettuata separatamente e prima della votazione per la elezione delle altre cariche sociali. -----

Articolo 10. ASSEMBLEE: POTERI -----

L'Assemblea è presieduta dal Presidente dell'Associazione o, in caso di sua assenza o impedimento, dal Vice Presidente; in loro mancanza l'Assemblea è presieduta da uno dei Soci, su designazione della maggioranza dei Soci, aventi diritto di voto. -----

Il Presidente dell'assemblea, nomina un segretario per la redazione del verbale e tre scrutatori, allorché siano previste delle votazioni. -----

Spetta al Presidente dell'Assemblea dirigere e regolare le discussioni e stabilire le modalità e l'ordine delle votazioni. -----

L'Assemblea ordinaria: -----

- 1) elegge il Presidente dell'Associazione, che assume la carica di Presidente e componente del Consiglio Direttivo; ---
- 2) definisce il numero ed elegge i membri del Consiglio Direttivo entro i limiti previsti dall'art.11; -----
- 3) delibera sul bilancio preventivo e sul programma di attività dell'Associazione e sui regolamenti per il suo funzionamento; -----
- 4) stabilisce, su proposta del Consiglio Direttivo, l'importo annuale delle quote associative; -----
- 5) approva, sentito il parere del collegio dei revisori dei conti, il rendiconto consuntivo; -----
- 6) elegge il Collegio dei Revisori dei Conti ed il Collegio dei Proviviri; -----
- 7) elegge il rappresentante dei Soci all'Assemblea Nazionale di Anffas Onlus con le modalità definite nel regolamento; --

8) delibera obbligatoriamente l'adozione della Carta dei Servizi, comprensivi dei livelli minimi di qualità, in conformità allo schema predisposto da Anffas Nazionale; -----
9) delibera su ogni altro argomento che non rientri nella competenza dell'Assemblea straordinaria. -----

L'Assemblea straordinaria delibera sulle modificazioni statutarie, sullo scioglimento e sulla conseguente devoluzione del patrimonio sociale secondo quanto previsto dall'art.20. Previa delibera dell'Assemblea l'Associazione, che ne assume ogni onere e responsabilità, al fine di governare situazioni di criticità o di crisi, anche in previsione di una eventuale liquidazione può richiedere al Consiglio Direttivo Nazionale di indicare un Amministratore Straordinario con l'incarico di adottare tutte le misure atte a riportare la situazione alla normalità o, sempre su espresso mandato e nomina dell'assemblea dei soci, anche attivare le procedure liquidatorie. -----

Articolo 11. CONSIGLIO DIRETTIVO: COMPOSIZIONE -----

Il Consiglio Direttivo è composto da un numero minimo di tre ad un massimo di sette membri, (comunque sempre in numero dispari), tra i quali il Presidente. -----

I membri eletti hanno diritto ad un solo voto. -----

Non è ammesso il voto per delega o per corrispondenza. -----

Possono partecipare alle riunioni del Consiglio i membri del Collegio dei Revisori dei Conti, con voto consultivo, possono altresì partecipare, su espressa chiamata del Presidente e senza diritto di voto, il Presidente del Collegio dei Provvisori, i coordinatori delle commissioni di lavoro, qualsiasi persona che per competenze o compiti scientifici o amministrativi sia stata invitata dal Presidente stesso. -----

I membri del Consiglio Direttivo durano in carica quattro anni e sono rieleggibili. -----

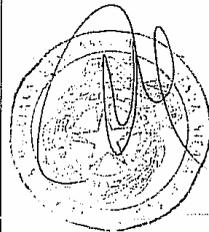
Il Consiglio Direttivo, all'atto dell'insediamento, elegge nel suo seno il Vice Presidente, il Segretario ed il Tesoriere. Le cariche di Segretario e Tesoriere possono essere, tra loro, cumulabili. -----

Articolo 12. CONSIGLIO DIRETTIVO: FUNZIONAMENTO -----

Le riunioni del Consiglio Direttivo sono convocate dal Presidente, di sua iniziativa o su richiesta di almeno un terzo dei consiglieri in carica. -----

Le riunioni del Consiglio Direttivo sono tenute presso la sede dell'Associazione o in altro luogo indicato nell'avviso di convocazione. -----

Le convocazioni del Consiglio Direttivo sono effettuate a mezzo lettera raccomandata o altro idoneo mezzo legalmente valido (fax, telegramma, posta elettronica o quant'altro), da inviarsi ai consiglieri almeno cinque giorni prima della data fissata, con l'indicazione degli argomenti da trattare, del luogo e della data in cui si terrà la riunione. -----
Per i casi urgenti è ammessa la convocazione telefonica da



effettuarsi almeno 24 ore prima della riunione. -----
Il Consiglio è validamente costituito con la presenza di almeno la metà più uno dei componenti in carica. -----
Le deliberazioni del Consiglio vengono assunte con il voto favorevole della maggioranza dei consiglieri presenti. ----
Articolo 13. CONSIGLIO DIRETTIVO: POTERI -----
Il Consiglio Direttivo ha tutte le facoltà e i poteri necessari per il conseguimento dei fini dell'Associazione e per la gestione dell'Associazione stessa che non siano dalla legge o dallo statuto espressamente riservati all'Assemblea. Il Consiglio Direttivo può affidare e/o delegare alcune specifiche funzioni o incarichi al Presidente, a Consiglieri, a Soci o eventualmente a terzi, determinandone i limiti. ----
Il Consiglio Direttivo può conferire procure "ad negotia", determinando i limiti temporali e di spesa che dovranno essere preventivamente ed esplicitamente definiti. -----
I regolamenti interni e le loro modificazioni sono proposti dal Consiglio Direttivo all'Assemblea e, successivamente all'approvazione, comunicati ai soci con idonei mezzi. -----
Il Consiglio Direttivo, in tempo utile per convocare l'Assemblea ordinaria, deve predisporre il Bilancio Preventivo corredato dal programma di attività ed il rendiconto consuntivo corredato di nota integrativa e di apposita relazione sull'attività svolta durante l'esercizio, da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea. -----
Spetta al Consiglio Direttivo deliberare in materia di personale, assumere e licenziare il personale dipendente, fissandone anche le retribuzioni e le mansioni nel rispetto di quanto previsto e prescritto dal CCNL di Anffas Onlus e delle norme vigenti in materia. -----
Il Consiglio Direttivo può istituire commissioni di lavoro per lo svolgimento dei fini sociali e per lo sviluppo di specifici programmi predeterminandone tempi ed oneri di massima. -----
Il Consiglio Direttivo elegge i coordinatori delle commissioni di lavoro. -----
Spetta al Consiglio Direttivo la nomina dei rappresentanti - pro-tempore - nei consigli di amministrazione, nei comitati di gestione e negli organi di controllo degli Enti di iniziativa dell'Associazione, nonché designare i rappresentanti in altri Enti o Organismi i cui fini siano utili alla promozione ed alla tutela degli interessi associativi. -----
Il Consiglio Direttivo nell'ambito delle finalità ed attività di cui all'art. 3 del presente statuto associativo, ha tutte le facoltà ed i poteri necessari per poter deliberare il compimento di ogni atto costitutivo, modificativo e/o estintivo di diritti sul patrimonio associativo, nonché lasciti, donazioni, conferimenti, quest'ultimi limitatamente ad Enti, aventi la qualifica di Onlus facenti parte dell'unitaria struttura Anffas, onde favorire l'esercizio delle

finalità statutarie. -----

Articolo 14. CONSIGLIO DIRETTIVO: DECADENZA DEL CONSIGLIERE

A sostituire uno o più consiglieri venuti a mancare per una qualsiasi causa, sono chiamati dal Consiglio Direttivo i non eletti in ordine di votazione, purché la maggioranza del Consiglio rimanga sempre costituita da membri originariamente eletti dall'Assemblea. -----

I membri così nominati resteranno in carica fino alla scadenza del mandato dei membri sostituiti. -----

L'appartenenza al Consiglio Direttivo cessa: -----

- 1) per decesso; -----
- 2) per dimissioni, che devono essere presentate per iscritto al Presidente; -----
- 3) per scadenza del mandato; -----
- 4) per la perdita della qualifica di socio dell'Associazione; -----
- 5) per esclusione, deliberata dai due terzi dei consiglieri con diritto di voto, in caso di comportamenti del consigliere incompatibili con le finalità dell'Associazione, tali da arrecare danni morali o materiali all'Associazione stessa o per inadempienza agli obblighi assunti ai sensi dell'atto costitutivo e dello statuto e per altri gravi e comprovati motivi comunque riferibili a fattispecie rilevanti come danno sociale. -----

Contro il provvedimento di esclusione, entro trenta giorni dal ricevimento del relativo provvedimento, è data facoltà al Consigliere di ricorrere al Collegio dei Probiviri. -----

Il Consigliere viene dichiarato automaticamente decaduto dalla carica qualora non partecipi ad almeno tre riunioni consecutive, non debitamente giustificate. -----

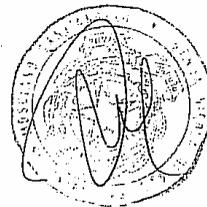
Il Consigliere è tenuto ad astenersi dal partecipare alle deliberazioni nelle quali possano essere coinvolti interessi suoi personali, dei suoi parenti fino al quarto grado e degli affini fino al secondo. -----

Articolo 15. PRESIDENTE -----

Il Presidente ha la legale rappresentanza dell'Associazione, guida la politica associativa generale e ne mantiene l'unità di indirizzo, presiede il Consiglio Direttivo, vigila affinché vengano osservate le norme statutarie e provvede a dare esecuzione alle delibere del Consiglio, è consegnatario del patrimonio dell'Associazione e dei mezzi d'esercizio, è il capo del personale. -----

Il Presidente potrà adottare, a tutela dell'Associazione, eventuali provvedimenti di ordinaria amministrazione in caso di necessità ed urgenza, salvo riferirne al primo Consiglio Direttivo per la necessaria ratifica. -----

In caso di sostituzione del Presidente dell'Associazione, che sia venuto a mancare per qualsiasi motivo, subentra il Vice Presidente che ne assume tutte le funzioni. Il Vice Presidente resta in carica fino all'elezione del nuovo Pre-



sidente, alla quale si procederà durante la prima Assemblea che dovrà essere convocata dal Consiglio Direttivo entro 30 giorni. Il nuovo Presidente resta in carica fino alla scadenza naturale del mandato del Presidente sostituito. -----

Articolo 16. COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI -----

Il Collegio dei Revisori dei Conti viene eletto, contestualmente all'elezione del Consiglio Direttivo, dall'Assemblea e si compone di tre membri effettivi e di due supplenti. Nel caso in cui l'Associazione gestisca servizi, almeno uno dei revisori dei conti effettivi ed uno dei supplenti devono essere iscritti all'Albo dei Revisori Contabili. -----

I membri effettivi eleggono al loro interno un Presidente. -

L'incarico di Revisore dei Conti è incompatibile con qualsiasi altra carica nell'Associazione e può essere ricoperto anche da persone non socie dell'associazione. -----

Per la durata in carica e la rieleggibilità valgono le norme dettate nel presente Statuto per i membri del Consiglio Direttivo. -----

I Revisori dei Conti partecipano di diritto alle riunioni dell'Assemblea. -----

In generale hanno il compito di vigilare sull'amministrazione dell'Associazione verificando la regolarità della gestione dei fondi e accertando la regolarità del bilancio preventivo e consuntivo. -----

I membri del Collegio possono partecipare alle riunioni del Consiglio Direttivo esprimendo voto consultivo. -----

Articolo 17. COLLEGIO DEI PROBIVIRI -----

L'Assemblea, contestualmente all'elezione del Consiglio Direttivo, elegge i componenti del Collegio dei Probiviri; il collegio è formato da tre membri che al loro interno eleggono un proprio Presidente, il quale potrà, se chiamato, prendere parte alle riunioni del Consiglio Direttivo. -----

Il Collegio dei Probiviri verifica la conformità allo statuto ed alle finalità associative delle delibere del Consiglio Direttivo, dell'Assemblea dei Soci e degli atti posti in essere dai soggetti ed organismi funzionali alla vita dell'Associazione. -----

Il Collegio altresì ha il compito di comporre o decidere, su richiesta delle parti, eventuali controversie tra gli organi dell'Associazione e/o tra i Soci stessi. -----

Per la durata in carica e la rieleggibilità valgono le norme dettate nel presente Statuto per i membri del Consiglio Direttivo. -----

----- **TITOLO 4. NORME AMMINISTRATIVE** -----

Articolo 18. BILANCIO E AVANZI DI GESTIONE -----

L'esercizio dell'Associazione coincide con l'anno solare e chiude il 31 dicembre di ogni anno. -----

L'Associazione ha l'obbligo di impiegare gli utili e gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali e di quelle ad essa direttamente connesse. -----

All'Associazione è vietato distribuire, anche in modo indiretto, utili ed avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'Associazione stessa a meno che la destinazione o la distribuzione non siano imposte per legge o siano effettuate a favore di Anffas Onlus o di altri Enti a marchio Anffas promossi dall'Associazione stessa o di altro soggetto giuridico avente forma di ONLUS parte dell'unitaria struttura Anffas Onlus, nel rispetto della propria forma giuridica. -----

Articolo 19. DURATA DELL'ASSOCIAZIONE -----

La durata dell'Associazione è stabilita fino al 31 dicembre 2100 (duemilacento). -----

Essa potrà essere prorogata con delibera dell'Assemblea Straordinaria. -----

Articolo 20. SCIoglimento -----

Lo scioglimento dell'Associazione deve essere deliberato dall'Assemblea Straordinaria; l'avviso di convocazione dell'Assemblea Straordinaria riunita per lo scioglimento dell'associazione deve essere inviato con almeno 60 giorni di anticipo dalla data dell'unica convocazione. L'Assemblea è riunita validamente quando siano presenti almeno i tre/quarti dei soci in regola con il pagamento della quota associativa annuale. La delibera di scioglimento si intende approvata solo se votata con il voto favorevole dei tre/quarti dei soci presenti. -----

Copia della convocazione dell'Assemblea Straordinaria, riunita per lo scioglimento dell'Associazione, deve essere inoltrato altresì ad Anffas Onlus Nazionale ed all'Organismo regionale Anffas di appartenenza. -----

In caso di scioglimento dell'Associazione, i beni della stessa, dopo l'incasso di tutti i crediti ed il pagamento di tutti gli eventuali debiti, saranno devoluti ad Anffas Onlus o ad altro soggetto giuridico, avente forma di Onlus conforme alle vigenti norme relative alla propria forma giuridica, parte dell'unitaria struttura Anffas Onlus, sempre sentito il parere dell'Autorità di Controllo di cui all'art. 3 comma 189 e successivi della L. 662/96. -----

Articolo 21. REGOLAMENTO -----

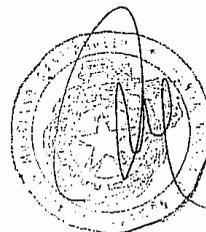
Il Regolamento generale disciplina le modalità di attuazione delle norme previste nel presente Statuto. -----

Articolo 22. NORME DI RINVIO -----

Per quanto non previsto dal presente Statuto o altrimenti stabilito si rinvia al codice civile, alle leggi vigenti in materia di enti associativi, alla disciplina sulle Onlus o alle specifiche norme riferite alla propria forma giuridica. -----

Articolo 23. NORMA TRANSITORIA DI ATTUAZIONE -----

Le modifiche apportate alla composizione degli Organi Associativi entreranno in vigore a far data dal primo rinnovo degli Organi stessi. Fino a tale data gli Organi Associativi rimangono disciplinati dalle previgenti norme statutarie e -



regolamentari. -----
Firmato: Vincenzo Roselli - Nicola GENUA Notaio -----

DECRETO 05.08.2010, n. 98:

Riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della “Associazione per la Promozione e la Tutela dei Diritti nell’Handicap – Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale”, con sede in L’Aquila.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
REGIONALE

Visto l’art. 117 della Costituzione;

Visti gli articoli 14 e seguenti del Codice Civile;

Visto il D.P.R. 10 febbraio 2000, n.361, “Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti di riconoscimento di persone giuridiche private e di approvazione delle modifiche dell’atto costitutivo e dello statuto”;

Visto, in particolare, l’art. 7 del citato D.P.R. 361/2000 concernente il riconoscimento delle persone giuridiche private che operano nelle materie attribuite alla competenza delle Regioni dall’art. 14 del D.P.R. 616/1977 e le cui finalità statutarie si esauriscono nell’ambito di una sola Regione;

Vista la L.R. 3/3/2005 n. 13 “Norme per l’esercizio delle funzioni amministrative concernenti le persone giuridiche private ai sensi dell’art. 14 DPR. 24/7/1977 n. 616. Abrogazione della L.R. 6/1991”, che disciplina le funzioni amministrative in materia, ai sensi della quale si è svolto l’iter procedimentale finalizzato al riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della “Associazione per la Promozione e la Tutela dei Diritti nell’Handicap – Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale” con sede in L’Aquila;

Vista l’istanza del 19/11/2009 presentata dal Presidente e legale rappresentante della “Associazione per la Promozione e la Tutela dei Diritti nell’Handicap – Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale” con sede in

L’Aquila, Via Asmara nn. 38/40, Quartiere Valle Pretara volta ad ottenere il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della Associazione e l’iscrizione della stessa nel Registro delle persone giuridiche della Regione Abruzzo;

Visto l’Atto Costitutivo della “Associazione per la Promozione e la Tutela dei Diritti nell’Handicap – Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale” con sede in L’Aquila del 9 dicembre 1983 a rogito del dott. Vincenzo Galeota, notaio in Montereale, rep. n. 641, racc. n. 231 e lo Statuto, allegato “A” del medesimo atto;

Visto il verbale di Assemblea Straordinaria dell’Associazione del 20 marzo 2009 a rogito del dott. Vincenzo Galeotta, notaio in L’Aquila, rep. n. 117.195, racc. n. 24.007 e lo Statuto, allegato “A” del medesimo atto;

Accertata, sulla base dello Statuto dell’Ente e della documentazione allo stesso allegata, la competenza regionale a pronunciarsi sull’istanza poiché le finalità della Associazione rientrano tra le materie elencate nel D.P.R. 616/77 e la sua attività si esaurisce nell’ambito del territorio regionale;

Dato atto che, ai sensi dell’art. 4 della L.R. 13/2005, l’esame dei vari interessi pubblici coinvolti e l’acquisizione dei pareri necessari, ai fini di una compiuta valutazione dei vari aspetti interessati dal procedimento finalizzato al riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato della “Associazione per la Promozione e la Tutela dei Diritti nell’Handicap – Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale” con sede in L’Aquila, si sono realizzati per il tramite di cinque Conferenze di Servizi, tenute rispettivamente in data 12/1/2010, 24/2/2010, 31/3/2010, 12/5/2010 e 22/7/2010;

Visto il verbale della Conferenza di Servizi del 22/7/2010 nel corso della quale si è preso atto dei pareri favorevoli al riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato in favore della “Associazione per la Promozione e

la Tutela dei Diritti nell'Handicap – Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale” con sede in L'Aquila, da parte delle competenti Direzioni regionali;

Rilevati l'interesse sociale e la valenza delle finalità della Associazione, quali quelle della promozione umana e civile dei portatori di handicap, la tutela dei loro interessi e diritti, l'inserimento e l'integrazione nel mondo della scuola, del lavoro e delle varie manifestazioni della vita sociale, l'assistenza e l'educazione per i più gravi, secondo le necessità individuali e delle loro famiglie;

Verificata la conformità dello Statuto alle vigenti disposizioni;

Accertato che sussistono le condizioni per il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato alla “Associazione per la Promozione e la Tutela dei Diritti nell'Handicap – Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale” con sede in L'Aquila e per l'iscrizione della stessa nel Registro delle persone giuridiche istituito presso la Regione Abruzzo;

Dato atto che il Direttore della Direzione Affari della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia ha espresso parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica amministrativa nonché sulla legittimità del presente provvedimento

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa:

- di concedere, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 13/2005, il riconoscimento della personalità giuridica di natura privata alla “Associazione per la Promozione e la Tutela dei Diritti nell'Handicap – Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale” con sede in L'Aquila, Via Asmara nn. 38/40, Quartiere Valle Pretara;
- di iscrivere la predetta Associazione nel Registro delle persone giuridiche istituito presso la Regione Abruzzo.

Il presente decreto sarà pubblicato, unitamente allo Statuto, sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Il presente decreto è definitivo e contro di esso è ammesso ricorso giurisdizionale al T.A.R. Abruzzo entro 60 giorni dalla data di notifica del presente atto all'interessato, ai sensi dell'art. 21 della L. 6/12/1971 n. 1034, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato nel termine di 120 giorni, sempre dalla data di notifica del presente atto all'interessato, in base a quanto disposto dagli artt. 8 e seg. del D.P.R. 24/11/1971 n. 1199.

L'Aquila, li 5.08.2010

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
LEGISLATIVO
Avv. Carlo Massacesi

Segue allegato

S T A T U T O

ART.1

(Costituzione, denominazione e sede)

È costituita nell'ambito territoriale della Regione Abruzzo "L'Associazione per la Promozione e la Tutela dei Diritti nell'Handicap - Organizzazione non lucrativa di Utilità Sociale", comunemente indicata con la sigla "A.P.T.D.H. - ONLUS".

Essa ha sede in L'Aquila, Via Asmara nn. 38/40, Quartiere Valle Pretara.

La sede dell'Associazione potrà essere trasferita in qualsiasi luogo della Regione Abruzzo, senza dover ricorrere alla modificazione dello statuto associativo.

La durata dell'Associazione è illimitata.

ART. 2

(Scopi e attività)

L'Associazione è apolitica, aconfessionale e non ha fini di lucro e le sue finalità si esauriscono nell'ambito della Regione Abruzzo.

Essa si ispira ai principi della solidarietà umana ed al rispetto del valore della dignità insiti in ogni singola persona, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 460/1997.

Ha come finalità:

- 1) la promozione umana e civile dei portatori di handicap;
- 2) la tutela dei loro interessi e diritti;

3)l'inserimento e l'integrazione nel mondo della scuola, del lavoro e delle varie manifestazioni della vita sociale;

4)l'assistenza e l'educazione per i più gravi, secondo le necessità individuali e delle loro famiglie.

Per la realizzazione delle finalità citate, l'Associazione si prefigge di svolgere le seguenti attività:

a)suscitare e mantenere l'interesse pubblico sui problemi dei portatori di handicap, promuovendo incontri, dibattiti, conferenze e congressi, attività artistiche e culturali utilizzando i comuni mezzi di comunicazione e curando proprie pubblicazioni informative;

b)promuovere e partecipare a studi, indagini e ricerche finalizzati alla individuazione dei problemi (prevenzione, cura e riabilitazione e modalità varie di intervento);

c)stabilire rapporti di collaborazione con gli Enti Pubblici, Privati e forze sociali per la soluzione dei vari problemi;

d)aderire alle organizzazioni locali, provinciali, regionali, nazionali che perseguono finalità analoghe;

e)entrare a far parte di associazioni pubbliche e private che realizzano interventi sociali e sanitari a favore dei portatori di handicap;

f)svolgere direttamente o indirettamente attività educative, formative, occupazionali e lavorative di assistenza, cura e riabilitazione, anche attraverso la stipula di apposite convenzioni con Enti competenti;

g) promuovere ed organizzare attività e manifestazioni sportive per disabili e non, finalizzati sia all'avviamento che alla pratica degli sport;

h) intervenire presso i legislatori per far promuovere leggi e provvedimenti atti a migliorare le condizioni dei portatori di handicap;

i) incoraggiare ed aiutare attivamente la preparazione di personale specializzato per la cura, l'educazione, l'assistenza e la riabilitazione dei disabili;

j) ricevere donazioni e sottoscrizioni e raccogliere fondi da Enti Pubblici e Privati, destinando gli stessi ai fini dell'associazione.

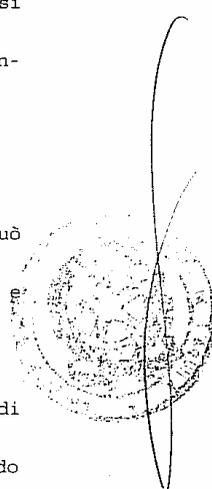
Per lo svolgimento delle suddette attività, l'Associazione può avvalersi sia di prestazioni retribuite che di prestazioni gratuite.

Per lo svolgimento delle suddette attività, l'Associazione si avvale prevalentemente dell'attività prestata in forma volontaria, libera e gratuita dei propri associati.

L'Associazione:

per le manifestazioni afferenti gli scopi istituzionali, può avvalersi di attività prestata in forma volontaria, libera e gratuita da persone non associate alla Associazione;

può inoltre avvalersi, in caso di particolare necessità, di prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, anche ricorrendo ai propri associati, che non ricoprono cariche associative.



L'Associazione potrà fare inoltre tutto quanto ha attinenza con l'oggetto sociale, svolgendo tutte le operazioni immobiliari, finanziarie e mobiliari inerenti a tale scopo, fare tutte le operazioni bancarie e quanto altro utile e necessario.

L'Associazione non potrà svolgere attività diverse da quelle sopra citate ad eccezione di quelle ad esse direttamente connesse.

E' vietato distribuire, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione comunque denominati, nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'Associazione stessa, a meno che la destinazione o la distribuzione non siano imposte per legge o siano effettuate a favore di altre Organizzazioni Non Lucrative di Attività Sociale (ONLUS) che per legge, Statuto o Regolamento facciano parte della medesima e unitaria struttura.

L'Associazione ha l'obbligo di impiegare gli utili e gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali e di quelle ad esse direttamente connesse.

ART. 3

(Risorse Economiche)

L'Associazione trae le proprie risorse economiche per il funzionamento e per lo svolgimento delle proprie attività da:

- a) contributi degli aderenti e dei privati;
- b) contributi dallo Stato, di Enti e di Istituzioni Pubbliche

o di Organismi Internazionali;

c) donazioni e lasciti testamentari;

d) entrate derivanti da convenzioni o da cessione di beni o servizi agli associati o ai terzi;

e) entrate derivanti da attività commerciali e produttive marginali o da iniziative promozionali.

Il fondo comune costituito con le risorse di cui al comma precedente non può essere ripartito tra i soci né durante la vita dell'Associazione, né all'atto del suo scioglimento.

L'esercizio finanziario dell'Associazione ha inizio il primo gennaio e termina il trentuno dicembre di ogni anno.

ART. 4

(Soci)

Il numero dei soci è illimitato.

Sono membri dell'Associazione tutti i soggetti, persone fisiche maggiorenni o entità collettive di diritto privato senza scopo di lucro o economico, che si impegnino a contribuire alla realizzazione degli scopi dell'Associazione e ad osservare il presente statuto.

I soci si distinguono in:

A) FONDATORI - i promotori della presente iniziativa, elencati nell'atto costitutivo dell'Associazione e ancora elencati nel Libro Soci;

B) ORDINARI - i portatori di handicap ed i loro parenti, tutori o affilianti (anche persone giuridiche) dei ragazzi ed a-

dulti disabili, i quali si impegnano a versare ogni anno la quota di iscrizione determinata dal Consiglio Direttivo, e tutti gli altri cittadini che si impegnano a pari diritti degli altri nel progresso dell'Associazione e versano la sopra detta quota.

La presente classificazione si intende dettata ai soli fini classificatori, ma ad essa non corrisponde alcuna volontà discriminatoria di una categoria di soci rispetto ad un'altra.

In particolare, tutti i soci hanno gli stessi diritti e gli stessi doveri nei confronti dell'Associazione che si impegna in tal modo a garantire la disciplina uniforme del rapporto associativo e delle modalità associative, senza prevedere alcun tipo di discriminazione e/o privilegio tra gli associati, nonchè ipotesi di partecipazione temporanea alla vita associativa.

Tutti i soci maggiori di età hanno diritto di voto per l'approvazione e le modificazioni dello statuto e dei regolamenti e per la nomina degli Organi Direttivi dell'Associazione.

L'ammissione dei soci è soggetta alla preventiva accettazione del Consiglio Direttivo.

I soci hanno tutti i diritti relativi alla partecipazione all'attività associativa e costituiscono l'Assemblea.

Con delibera assembleare e su proposta del Consiglio Direttivo, possono essere nominati anche Soci Onorari, Enti, persone fisiche o giuridiche che abbiano particolarmente meritato

in favore dell'Associazione e delle sue finalità.

ART. 5

(Criteri di ammissione ed esclusione dei soci)

L'ammissione a socio è subordinata alla presentazione di apposita domanda scritta da parte degli interessati.

Sulle domande di ammissione si pronuncia il Consiglio Direttivo; le eventuali reiezioni debbono essere motivate.

Il Consiglio Direttivo cura l'annotazione dei nuovi aderenti nel libro dei soci dopo che gli stessi avranno versato la quota associativa.

La qualità di socio si perde per recesso, per esclusione o per decesso.

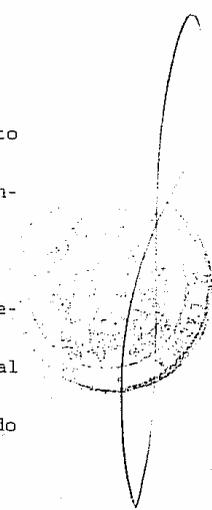
Il recesso da parte dei soci deve essere comunicato in forma scritta all'Associazione.

L'esclusione dei soci è deliberata dal Consiglio Direttivo per:

- a) mancato versamento della quota associativa annuale;
- b) su proposta del collegio dei probiviri, per comportamento contrastante con gli scopi dell'Associazione o per persistenti violazioni degli obblighi statutari.

Nel caso di cui alla precedente lettera b), prima di procedere all'esclusione devono essere contestati per iscritto al socio gli addebiti che allo stesso vengono mossi, consentendo facoltà di replica.

Il socio receduto o escluso non ha diritto alla restituzione



delle quote associative versate.

ART. 6

(Doveri e diritti degli associati)

I soci sono obbligati:

- a) ad osservare il presente statuto e le deliberazioni legalmente adottate dagli organi associativi;
- b) a mantenere sempre un comportamento corretto nei confronti dell'Associazione;
- c) a versare la quota associativa di cui al precedente articolo.

I soci hanno diritto:

- a) a partecipare a tutte le attività promosse dall'Associazione;
- b) a partecipare all'Assemblea con diritto di voto;
- c) ad accedere alle cariche associative.

ART. 7

(Organi dell'Associazione)

Sono organi dell'Associazione:

- a) l'Assemblea dei soci;
- b) il Consiglio Direttivo;
- c) il Presidente Onorario;
- d) il Presidente;
- e) il Vice Presidente;
- f) il Tesoriere
- g) il Collegio dei Proibiviri;

h) il Collegio dei Revisori dei Conti.

Le cariche associative non sono retribuite e non sono cumulabili.

Ai titolari delle cariche spetta comunque il rimborso delle spese sostenute.

ART. 8

(Assemblea)

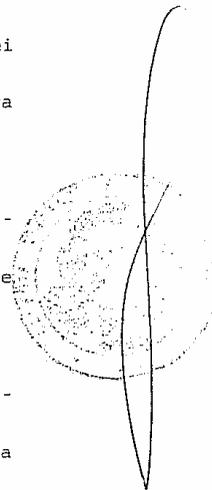
L'Assemblea è costituita dai soci di cui all'art. 4 del presente Statuto, iscritti da almeno due mesi prima della data di convocazione ed in regola con la quota associativa alla data di convocazione. L'assemblea può essere ordinaria o straordinaria.

Ogni associato, persona fisica o entità collettiva, dispone di un solo voto.

L'Assemblea dei Soci viene convocata in via Ordinaria entro il mese di marzo di ciascun anno ed in via straordinaria quando ne sia fatta richiesta scritta da almeno un terzo dei Soci e tutte le volte che il Consiglio Direttivo lo ritenga necessario.

Ogni associato può farsi rappresentare in assemblea da un altro associato con delega scritta; ogni socio non può ricevere più di due deleghe.

L'Assemblea è valida in prima convocazione quando siano presenti o rappresentati la metà più uno dei Soci; in seconda convocazione qualunque sia il numero degli intervenuti.



L'Assemblea è convocata dal Consiglio Direttivo con avviso personale da inviare ai soci, almeno dieci giorni prima della data di convocazione e contenere l'ordine del giorno dei lavori, il giorno, il luogo, la data e l'orario della prima e seconda convocazione.

In difetto di convocazione formale o di mancato rispetto dei termini di preavviso, saranno ugualmente valide le adunanze cui partecipano di persona, o per delega, tutti i soci.

L'Assemblea:

- a) approva le relazioni sull'attività dell'anno decorso, il bilancio preventivo e consuntivo, compilati a cura del Consiglio Direttivo e visti dal Collegio dei Revisori dei Conti;
- b) elegge ogni tre anni i componenti il Consiglio Direttivo, i Revisori dei Conti ed il Collegio dei Probiviri;
- c) esamina e discute il programma del nuovo anno, presentato dal Consiglio Direttivo, le iniziative che si intendono prendere per realizzare i fini sociali ed esprime eventuali proposte da inserire sul programma di attività del nuovo anno;
- d) delibera su tutti gli oggetti sottoposti al suo esame dal Consiglio Direttivo.
- e) delibera sugli eventuali avanzi di gestione;
- f) nomina, su proposta del consiglio direttivo, i soci onorari;
- g) delibera le modifiche al presente statuto.

Le deliberazioni dell'Assemblea sono valide quando siano approvate dalla maggioranza dei presenti.

Le modificazioni dello statuto devono essere approvate con la partecipazione della maggioranza dei soci ed il voto favorevole dei 3/4 dei presenti.

La deliberazione riguardante lo scioglimento dell'Associazione e relativa devoluzione del patrimonio residuo, deve essere adottata con il voto favorevole di almeno $\frac{2}{3}$ degli associati.

L'Assemblea, ordinaria e quella straordinaria, sono presiedute dal Presidente del Consiglio Direttivo o, in sua assenza, dal Vice - Presidente e, in caso di assenza di entrambi, dal membro più anziano del Consiglio Direttivo.

ART. 9

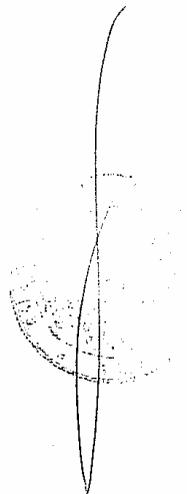
(Il Consiglio Direttivo)

Il Consiglio Direttivo è formato da un numero di membri non inferiore a cinque e non superiore a undici, nominati o eletti a maggioranza dall'Assemblea dei soci fra i soci medesimi.

I membri del Consiglio Direttivo rimangono in carica tre anni e sono rieleggibili.

Il Consigliere decade dalla carica dopo 5 (cinque) assenze consecutive non giustificate.

Nel caso in cui, per dimissioni o per altre cause, uno o più dei componenti il Consiglio decadano dall'incarico, il Consiglio Direttivo può provvedere alla loro sostituzione nominando i primi tra i non eletti, che rimangono in carica fino allo scadere dell'intero Consiglio; nell'impossibilità di attuare detta modalità, il Consiglio può nominare altri soci,



che rimangono in carica fino alla successiva Assemblea, che ne delibera l'eventuale ratifica. Ove decada oltre la metà dei componenti il Consiglio, l'Assemblea deve provvedere alla nomina di un nuovo Consiglio.

Il Consiglio nomina al suo interno un Presidente, un Vice-Presidente e il Tesoriere.

Al Consiglio Direttivo spetta di:

- a) curare l'esecuzione delle deliberazioni dell'Assemblea;
- b) predisporre il bilancio preventivo e consuntivo rimettendoli all'Assemblea dei Soci;
- c) nominare il Presidente, il Vice-Presidente e il Tesoriere;
- d) deliberare sulle domande di nuove adesioni all'Associazione;
- e) provvedere agli affari di ordinaria e straordinaria amministrazione che non siano di competenza dell'Assemblea dei soci, ivi compresa la determinazione della quota associativa annuale;
- f) deliberare, annualmente, sulla destinazione degli eventuali avanzi di gestione;
- g) nominare il Segretario della seduta.

Il Consiglio direttivo è presieduto dal Presidente o in caso di sua assenza dal Vice-Presidente e, in caso di assenza di entrambi, dal membro più anziano.

Il Consiglio direttivo è convocato di regola ogni tre mesi e ogni qualvolta il Presidente lo ritenga opportuno, o quando almeno 1/5 dei componenti ne faccia richiesta. Assume le pro-

prie deliberazioni con la presenza della maggioranza dei suoi membri ed il voto favorevole della maggioranza degli intervenuti.

Le convocazioni devono essere effettuate mediante avviso scritto da recapitarsi almeno tre giorni prima della data della riunione, contenente ordine del giorno, luogo, data e orario della seduta. In difetto di convocazione formale o di mancato rispetto dei termini di preavviso, saranno ugualmente valide le adunanze cui partecipano tutti i membri del Consiglio.

In caso di comprovata ed indifferibile necessità, la convocazione del Consiglio può essere effettuata telefonicamente ventiquattro ore prima della riunione.

I verbali di ogni adunanza del Consiglio Direttivo, redatti a cura del Segretario e sottoscritti dallo stesso e da chi ha presieduto l'adunanza, vengono conservati agli atti.

ART. 10

(Il Presidente Onorario)

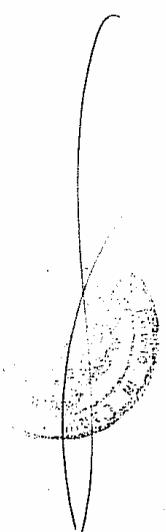
Il Presidente Onorario è il Sindaco pro-tempore della città dell'Aquila.

ART. 11

(Il Presidente)

Il Presidente, nominato dal Consiglio Direttivo, ha il compito di presiedere lo stesso nonché l'Assemblea dei soci.

Al Presidente è attribuita la rappresentanza dell'Associazione.



ne di fronte a terzi ed in giudizio. In caso di sua assenza o impedimento le sue funzioni spettano al Vice - Presidente o, in assenza, al membro più anziano del Consiglio Direttivo.

Il Presidente cura l'esecuzione delle deliberazioni del Consiglio Direttivo e, in caso d'urgenza, ne assume i poteri chiedendo ratifica allo stesso dei provvedimenti adottati nell'adunanza immediatamente successiva.

ART. 12

(Il Vice Presidente)

Il Vice Presidente ha gli stessi doveri del Presidente in caso di sua assenza o impedimento.

ART. 13

(Il Tesoriere)

Il Tesoriere cura la gestione della cassa dell'Associazione e ne tiene idonea contabilità, effettua le relative verifiche, controlla la tenuta dei libri contabili, predispone, dal punto di vista contabile, il rendiconto accompagnandolo da idonea relazione. Il Tesoriere custodisce inoltre il libro dei soci e i libri verbali delle riunioni del Consiglio Direttivo e dell'Assemblea.

Il Tesoriere firma gli atti contabili congiuntamente al Presidente.

ART. 14

(Il Collegio dei Probiviri)

Il Collegio dei Probiviri è composto da tre membri nominati

dall'Assemblea dei Soci tra i soci stessi.

Il Collegio dei Probiviri, di propria iniziativa o su richiesta scritta di un Organo dell'Associazione o di singoli soci, valuta eventuali infrazioni statutarie compiute da singoli soci o dagli Organi dell'Assemblea, proponendo i provvedimenti del caso al Consiglio Direttivo o all'Assemblea.

Il Collegio, inoltre, svolge funzioni arbitrali per la risoluzione di controversie fra gli Organi dell'Associazione, se concordemente richiesto dalle parti.

ART. 15

(Il Collegio dei Revisori dei Conti)

Il Collegio dei Revisori dei Conti si compone di un Presidente e due membri, nominati ogni tre anni dall'Assemblea.

Sono funzioni del Collegio dei Revisori dei Conti:

- a) verificare le scritture contabili e l'andamento amministrativo;
- b) esaminare i bilanci, preventivo e consuntivo ed esprimere il loro parere.

ART. 16

(Scioglimento)

Addivenendosi allo scioglimento dell'Associazione per qualunque causa, la conseguente delibera assembleare deve prevedere la nomina di uno o più liquidatori con il compito di procedere alle relative incombenze e a devolvere il patrimonio ad altre Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale (ON-

LUS) o a fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui all'art. 3, comma 190, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662, salvo diversa destinazione imposta dalla Legge.

ART. 17

(Norma finale - rinvio)

Per quanto non espressamente riportato in questo statuto si fa riferimento al codice civile e ad altre norme di legge vigenti in materia di associazionismo di promozione sociale.

Firmato - FELICI Anna Rita

Vincenzo Galeota Notaio

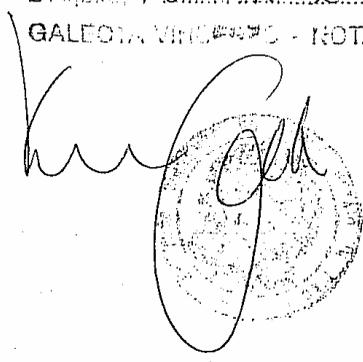
REGISTRATO AL TRIBUNALE IL 27-03-09 al N. 1520
COM. G.

In conformità con il verbale.

Impiegati 5 fogli.

L'Appalto di 01-04-2009

GALEOTA VINCENZO - NOTAIO



DECRETO 11.08.2010, n. 99:

Nomina Commissario Liquidatore dell'ARET. L.R. n. 32/2010.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

VISTA la legge regionale 29.07.2010, n. 32 recante la "Suppressione dell'Azienda Regionale per l'Edilizia ed il Territorio (ARET)" ed in particolare l'art. 3 della predetta legge che attribuisce al Presidente della Giunta Regionale la nomina del Commissario per la liquidazione dell'Azienda e l'adozione degli atti relativi al passaggio dei beni ed al trasferimento del personale alle ATER;

RITENUTO di dover procedere alla nomina del Commissario per le attività predette nella persona dell'Avv. Massimo Verrecchia già Commissario per la gestione dell'ARET;

SENTITO il Presidente del Consiglio Regionale;

DATO ATTO della legittimità del presente provvedimento attestata con le firme in calce allo stesso, a norma degli artt. 23 e 24 della L.R. 77/99;

D E C R E T A

- ai sensi dell'art. 3, comma 1, Legge Regionale 27.07.2010 n. 32, l'Avv. Massimo Verrecchia è nominato Commissario ARET per la liquidazione dell'ARET e l'adozione degli atti relativi al passaggio dei beni ed il trasferimento del personale alle ATER.

L'Aquila 11.08.2010

IL PRESIDENTE
Giovanni Chiodi

DECRETO 11.08.2010, n. 100:

Proroga dell'incarico di Commissario Straordinario dell'Ente Parco Naturale Regionale Sirente - Velino.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge regionale n. 54 del 13 luglio 1989 come successivamente integrata e modificata dalla Legge regionale del 7 marzo 2000, n. 23;

Vista la Legge regionale n. 38 del 21 giugno 1996;

Visto l'art. 28 della Legge regionale n. 1/2010 con il quale si dispone lo scioglimento degli attuali organi dell'Ente Parco Naturale Sirente - Velino e si autorizza il Presidente della Giunta Regionale, con proprio decreto, alla nomina di un commissario straordinario;

Considerato che il medesimo articolo prevede che il Commissario Straordinario debba procedere al ricalcolo perimetrale degli attuali confini dell'Ente Parco Naturale Sirente - Velino così come modifica dalla medesima novella legislativa, alla revisione della legge istitutiva dello stesso Ente, all'adozione del Piano del Parco, all'espletamento di tutte le attività dell'Ente e alla ricostituzione degli organi;

Visto il D.P.G.R. n. 20 del 26.02.2010 con il quale è stato nominato il Signor Schiazza Patrizio quale Commissario Straordinario del Parco Naturale Regionale Sirente- Velino fino al 31.07.2010 per l'espletamento del mandato conferitogli;

Vista la nota del Signor Presidente della Regione prot. n. 147327/SQ del 2 agosto 2010 con la quale chiede la proroga dell'incarico di Commissario Straordinario dell'Ente Parco Naturale Regionale Sirente- Velino da attribuire al Signor Patrizio Schiazza fino alla data del 30 ottobre 2010;

Atteso che il Commissario Straordinario in

questione ha tempestivamente avviato i procedimenti;

che , tuttavia, le questioni sono ancora in itinere e pertanto necessita di ulteriore tempo;

Ritenuto, conseguentemente, necessario assegnare un nuovo termine temporale per la completa attuazione dei compiti commissariali;

Acquisito il parere favorevole del Direttore della Direzione Affari della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate

- di prorogare l'incarico al Signor Patrizio Schiazza, nato ad Alessandria il 12 gennaio 1969 e residente a Introdacqua, Via Generale Pronio, n. 24, di Commissario Straordinario dell'Ente Parco Naturale Regionale Sirente - Velino;
- di attribuire al predetto Commissario Straordinario le funzioni richiamate in premessa;
- di attribuire al predetto Commissario Straordinario l'indennità prevista per il Presidente, oltre al rimborso di tutte le spese sostenute;
- che il predetto incarico decorrerà dalla data di pubblicazione del presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo e avrà termine il 30 ottobre 2010, fermo restando la possibilità di prorogare il predetto incarico qualora gli obiettivi relativi agli adempimenti che lo stesso dovrà assolvere non vengano conseguiti entro la predetta data;
- che il presente decreto venga notificato all'Ente interessato.

L'Aquila, 11.08.2010

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
REGIONALE
Giovanni Chiodi

DETERMINAZIONI

Dirigenziali

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI
SVILUPPO RURALE, FORESTALE,
CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ATTIVITA' ITTICHE E ZOOTECNICHE

DETERMINAZIONE 05.08.2010, n. DH21/18:
**Legge regionale n. 22/2004, art. 03 e DGR
1416/2004 “Costituzione della Conferenza
regionale della Pesca e dell’acquacoltura” –
Integrazione componente.**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Vista la L.R. del 05/08/2004 n. 22 recante
“Nuove politiche regionali di sostegno
all’economia ittica”, ed in particolare l’articolo
3, che contempla la costituzione della Confe-
renza regionale della Pesca e dell’Acquacoltura.

Dato atto che la Giunta Regionale, con deli-
bera n. 1416 del 29/12/2004 ha costituito la
Conferenza regionale della Pesca e
dell’Acquacoltura ex art. 3 della L.R.
05/08/2004 n. 22 incaricando tra l’altro, il
Dirigente del servizio economia ittica e pro-
grammazione venatoria, di procedere ad inte-
grare con proprie determinazioni nella Confe-
renza, i nominativi segnalati successivamente
dagli Enti / Associazioni.

Considerato che con determinazioni DH18/6
del 10/02/2005, DH18/8 del 21/02/2005,
DH18/31 del 29/06/2005, DH18/42 del
29/08/2005, DH8/44 del 09/11/2006, DH8/62
del 28/11/2006 e DH8/30 dell’ 11/10/2007,
DH8/35 del 31/10/2007, DH8/44 del
27/11/2007, DH8/14 del 09/04/2009, DH8/17
del 2009, DH8/01 del 15/01/2010, DH8/04

dell’08/02/2010, DH8/10 del 17/02/2010,
DH8/26 del 7/05/2010 e DH8/27 del
13/05/2010 si è proceduto a successive integra-
zioni della suddetta Conferenza regionale con i
nominativi designati dei loro rappresentanti;

Vista la nota del 04 Agosto 2010 della CA-
PITANERIA di PORTO – Sezione Pesca – di
PESCARA, acquisita agli atti di questo Servizio
in data 04 Agosto 2010 prot. n. RA149975, con
la quale è stato confermato quale Componente
Titolare il S.T.V. (CP) Eliana DI DONATO e
designato quale Componente Supplente il
S.T.V. (CP) Giovanni Paolo ARCANGELI in
sostituzione del S.T.V. (CP) Stefano LUCIA-
NI.

Ritenuto pertanto, di dover procedere
all’ulteriore integrazione della Conferenza
regionale in discorso, tramite la sostituzione in
rappresentanza della CAPITANERIA di POR-
TO – Sezione Pesca – di PESCARA del Com-
ponente Supplente S.T.V. (CP) Giovanni Paolo
ARCANGELI in sostituzione del S.T.V. (CP)
Stefano LUCIANI.

Tutto ciò premesso

DETERMINA

1. di integrare la Conferenza regionale della
Pesca e dell’Acquacoltura ex art.03 della
L.R. 05 Agosto 2004 n. 22 e s.m.i., costitui-
ta con D.G.R. n. 1416 del 29 Dicembre
2004 con il S.T.V. (CP) Giovanni Paolo
ARCANGELI;
2. di stabilire che a seguito della integrazione
di cui al precedente punto, l’elenco dei
Componenti nella Conferenza regionale del-
la Pesca e dell’Acquacoltura di cui alla De-
liberazione citata, è integrata come
dall’allegato n. 01;
3. di incaricare il responsabile dell’ufficio
monitoraggio e controllo politiche ittiche
regionali e nazionali a curare la pubblica-
zione della presente Determinazione sul sito
Internet www.regione.abruzzo.it/pesca, ed a

trasmetterne copia alla CAPITANERIA di
PORTO – Sezione Pesca – di PESCARA.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Antonio Di Paolo

Allegati:

- Allegato 1 – Elenco dei Componenti della
Conferenza Regionale della Pesca e
dell'Acquacoltura di cui all'art. 03 della L.R.
22/2004.

Segue allegato

Allegati:

- Allegato 1 – Elenco dei Componenti della Conferenza Regionale della Pesca e dell'Acquacoltura di cui all'art. 03 della L.R. 22/2004.

Allegato 1 – Elenco dei Componenti della Conferenza regionale della Pesca e dell'Acquacoltura di cui all'art. 3 della L.R. (Abruzzo) n. 22/2004

<i>Ente/Associazione</i>	<i>Titolare</i>	<i>Supplente</i>
1 <i>Provincia di Chieti</i>	<i>GRECO Gaetano Nicola</i>	<i>RITUCCI Giuliano</i>
2 <i>Provincia di Teramo</i>	<i>CATARRA Valter</i>	<i>VANNUCCI Ezio</i>
3 <i>Provincia di Pescara</i>	<i>RECCHIA Franco</i>	<i>COLANTONI Antonello</i>
4 <i>Comune di Ortona</i>	<i>NAPOLEONE Giulio</i>	<i>SCHIAZZA Annalisa</i>
5 <i>Comune di Pescara</i>	<i>CARDELLI Stefano</i>	<i>MAMBELLA Marco</i>
6 <i>Comune di Vasto</i>	<i>SALVATORELLI F.sco</i>	<i>MASTRANGELO Luca</i>
7 <i>Comune di Giulianova</i>	<i>VELLA Alfonso</i>	<i>ANDRENACCI Emidio</i>
8 <i>C.C.I.A.A. di Pescara</i>	<i>GASPARRONI Giuseppe</i>	<i>D'INCECCO Rocco</i>
9 <i>C.C.I.A.A. di Chieti</i>	<i>RICCI Franco</i>	<i>CARBONE Michele</i>
10 <i>C.C.I.A.A. di Teramo</i>	<i>STAFFILANO Vincenzo</i>	<i>VAGNONI Marco</i>
11 <i>Capitaneria di Porto di Pescara</i>	<i>DI DONATO Eliana</i>	<i>ARCANGELI Giovanni Paolo</i>
12 <i>Capitaneria di Porto di Ortona (CH)</i>	<i>FAMA' Giuseppe</i>	<i>ORSOLINI Matteo RUSSO Pasquale</i>
13 <i>Lega Coop Abruzzo (Lega Pesca)</i>	<i>SALVATORE Carlo</i>	<i>RANALLI Giuseppe</i>
14 <i>UNCI-Pesca Abruzzo</i>	<i>LATTANZIO Claudio</i>	<i>SICHETTI Giuseppe</i>
15 <i>Federcoopescas Abruzzo</i>	<i>D'ANGELO Paola</i>	<i>UCCI Luigi</i>
16 <i>Federpesca Abruzzo</i>	<i>SQUEO Valter</i>	<i>NATARELLI Nicolino</i>
17 <i>Agci Pesca Abruzzo</i>	<i>LAUDUCCI Bruno</i>	<i>CINALLI Bruno</i>
18 <i>CISL Abruzzo</i>	<i>COLLEVECCHIO Alessandro</i>	<i>PUGLIA Salvatorino</i>
19 <i>UIL Abruzzo</i>	<i>DI GIOSAFAT Flaviano</i>	<i>PAGLIARO Amelia</i>
20 <i>UGL Abruzzo</i>	<i>LA CIVITA Damiano</i>	<i>SALONE Daniela</i>
21 <i>Confederazione Generale Italiana del Lavoro – CGIL Abruzzo</i>	<i>GUOBADIA Patrik</i>	<i>PERACCHIA Corrado</i>

22	<i>Associazione Piscicoltori Italiani</i>	<i>GRISPAN Maurizio</i>	<i>TRINCANATO Antonio</i>
23	<i>I.Z.S. dell'Abruzzo e del Molise di Teramo "G. Caporale"</i>	<i>GIORGETTI Giorgio</i>	<i>PAVONE Alessandro</i>
24	<i>Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente – ARTA Abruzzo</i>	<i>FERRANDINO Giuseppe</i>	<i>RONZITTI Vincenzo</i>

Determinazione DH21/n. 18 del 05/08/2010

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI
SVILUPPO RURALE, FORESTALE,
CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 18.06.2010, n. DH22/45:

**Concessione contributo in conto capitale.
Ditta: COLLEFRISIO S.R.L., con sede in
Comune di FRISA (CH)-. Programma di
Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della
Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1
"Trasformazione e commercializzazione
prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del
07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presenta-
zione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09.
Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta: COLLEFRISIO S.R.L. con sede in FRISA il contributo in conto capitale di € 242.588,72 pari al 40% e 20% dell'investimento ammesso di € 625.971,80 che non coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo debba essere autorizzato a pubblicare, senza allegati, il presente provvedimento nel B.U.R.A., ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;

- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e Pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura.
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e Piani e Programmi Integrati della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- Di stabilire che, avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;

Di ritenere parte integrante e sostanziale del presente provvedimento io seguenti allegati:

- Verbale Istruttorio formato da n. 14 facciate;
- Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 facciate;
- Certificato della Camera di Commercio formato da n. 4 facciate.
- Nota alla Prefettura di Chieti formata da n. 1 facciata.
- Mod. A – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
- Mod. B – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
- Dichiarazione liberatoria formata da n. 1 facciata;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI

SVILUPPO RURALE, FORESTALE,
CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 18.06.2010, n. DH22/46:

**Concessione contributo in conto capitale.
Ditta: SOC.COOP.CANTINA SOCIALE
MADONNA DEL CARMINE, con sede in
Comune di LANCIANO-. Programma di
Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della
Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1
"Trasformazione e commercializzazione
prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del
07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presenta-
zione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09.
Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla dit-
ta: SOC.COOP.CANTINA SOCIALE MA-
DONNA DEL CARMINE con sede in
LANCIANO il contributo in conto capitale
di € 443.503,89 pari al 40% e 20%
dell'investimento ammesso di €
1.160.239,73 che non coincide con quanto
previsto dalla "Graduatoria regionale rettifica-
cata delle ditte ammissibili a finanziamento"
approvata con D.D. n. DH5/16 del
12/03/2010;
- di convocare il beneficiario presso il
S.I.P.A. per la controfirma per accettazione
del presente provvedimento, del verbale i-
struttorio e delle norme e prescrizioni di ca-
rattere generale;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e
Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della
Regione Abruzzo debba essere autorizzato a
pubblicare, senza allegati, il presente prov-

vedimento nel B.U.R.A., ai sensi delle nor-
me vigenti in materia di trasparenza;

- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di
cui sopra, la pubblicazione del presente
provvedimento anche sul sito internet della
Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo
Rurale, Forestale, Caccia e Pesca, Emigra-
zione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura.
- di inviare il presente provvedimento ai
Servizi Interventi Strutturali e Piani e Pro-
grammi Integrati della Direzione Politiche
Agricole per gli adempimenti di competen-
za.
- Di stabilire che, avverso il presente provve-
dimento è ammesso ricorso giurisdizionale
innanzi al Tribunale Amministrativo Regio-
nale della Regione Abruzzo nel termine di
giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione,
ovvero, ricorso straordinario al Capo dello
Stato entro il termine di 120 (centoventi)
giorni;

Di ritenere parte integrante e sostanziale del
presente provvedimento io seguenti allegati:

- Verbale Istruttorio formato da n. 15 faccia-
te;
- Norme e Prescrizioni di Carattere Generale
formato da n. 8 facciate;
- Certificato della Camera di Commercio
formato da n. 8 facciate.
- Nota della Prefettura di Chieti formata da n.
1 facciata.
- Mod. A – Riepilogo spese formato da 2
facciate;
- Mod. B – Riepilogo spese formato da 2
facciate;
- Dichiarazione liberatoria formata da n. 1
facciata;
- Computo metrico formato da n. 14 facciate;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI
SVILUPPO RURALE, FORESTALE,
CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 08.07.2010, n. DH22/116:

**Concessione contributo in conto capitale.
Ditta: CALDORA VINI S.R.L., con sede in
Comune di ORTONA -. Programma di Svi-
luppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regio-
ne Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Tra-
sformazione e commercializzazione prodotti
agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e
s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle
domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazio-
ne D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta CALDORA VINI S.R.L. con sede in ORTONA il contributo in conto capitale di € **369.331,49** pari al **40% e 20%** dell'investimento ammesso di € **999.788,22** che non coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;
- di stabilire che a seguito di informazioni negative acquisite dalla Prefettura di CHIETI si procederà alla revoca della presente concessione;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;
- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo debba essere autorizzato a pubblicare, senza allegati, il presente provvedimento nel B.U.R.A., ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;
- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e Pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura.
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- di stabilire che, avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;
- di ritenere parte integrante e sostanziale del presente provvedimento io seguenti allegati
 - Verbale Istruttorio formato da n. 14 facciate;
 - Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 facciate;
 - Certificato della Camera di Commercio formato da n. 5 facciate.
 - Nota alla Prefettura di Chieti formata da n. 1 facciata.

- Mod. A – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
- Mod. B – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
- Dichiarazione liberatoria formata da n. 1 facciata;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI
SVILUPPO RURALE, FORESTALE,
CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 08.07.2010, n. DH22/117:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta : DI BIASE NICOLA con sede in Comune di FRISA (CH). Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P.S.R.) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta DI BIASE NICOLA con sede in FRISA il contributo in conto capitale di € 500.000,00 pari al 40% dell'investimento ammesso di € 1.250.000,00 che coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;

- di stabilire che a seguito di informazioni negative acquisite dalla Prefettura di CHIETI si procederà alla revoca della presente concessione;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;
- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo, a pubblicare senza allegati, il presente provvedimento nel BURA, ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;
- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura;
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- di stabilire che, avverso il presente provvedimento, è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;

- di ritenere parti integranti e sostanziali del presente provvedimento i seguenti allegati:
 - Verbale Istruttorio formato da n.14 facciate;
 - Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 facciate;
 - Certificato della Camera di Commercio formato da n. 2 facciate.
 - Nota alla Prefettura di CHIETI formata da n. 1 facciata
 - Mod. A – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
 - Mod. B. – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
 - Dichiarazione liberatoria formato da 1 facciata;
 - Computo metrico n°2 formato complessivamente da n.30 facciate.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE, FORESTALE, CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 08.07.2010, n. DH22/118:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: CANTINA SOCIALE DI ORTONA SOC.COOP.A.R.L., con sede in Comune di ORTONA - Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta CANTINA SOCIALE DI ORTONA SOC.COOP.A.R.L. con sede in ORTONA il contributo in conto capitale di € 316.182,47 pari al 40% e 20% dell'investimento ammesso di € 881.864,05 che non coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;
- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo debba essere autorizzato a pubblicare, senza allegati, il presente provvedimento nel B.U.R.A., ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;
- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e Pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura.
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di

competenza.

- di stabilire che, avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;
- di ritenere parte integrante e sostanziale del presente provvedimento io seguenti allegati
 - Verbale Istruttorio formato da n. 15 fasciate;
 - Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 fasciate;
 - Certificato della Camera di Commercio formato da n. 6 fasciate.
 - Nota della Prefettura di Chieti formata da n. 1 fasciata.
 - Mod. A – Riepilogo spese formato da 2 fasciate;
 - Mod. B – Riepilogo spese formato da 2 fasciate;
 - Dichiarazione liberatoria formata da n. 1 fasciata;
 - Computo metrico n°2 formato complessivamente da n. 27 fasciate.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE, FORESTALE, CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 13.07.2010, n. DH22/121:

**Concessione contributo in conto capitale.
Ditta: CANTINA SOCIALE DI VACRI SOC.COOP., con sede in Comune di VA-**

CRI-. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta CANTINA SOCIALE DI VACRI SOC.COOP. con sede in VACRI il contributo in conto capitale di € **200.730,29** pari al **40% e 20%** dell'investimento ammesso di € **518.325,72** che non coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;
- di stabilire che a seguito di informazioni negative acquisite dalla Prefettura di CHIETI si procederà alla revoca della presente concessione;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;
- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo debba essere autorizzato a

pubblicare, senza allegati, il presente provvedimento nel B.U.R.A., ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;

- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e Pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura.
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- di stabilire che, avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;
- di ritenere parte integrante e sostanziale del presente provvedimento io seguenti allegati
 - Verbale Istruttorio formato da n. 15 fasciate;
 - Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 fasciate;
 - Certificato della Camera di Commercio formato da n. 8 fasciate.
 - Nota alla Prefettura di Chieti formata da n. 1 fasciata.
 - Mod. A – Riepilogo spese formato da 2 fasciate;
 - Mod. B – Riepilogo spese formato da 2 fasciate;
 - Dichiarazione liberatoria formata da n. 1 fasciata;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE, FORESTALE, CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 20.07.2010, n. DH22/126:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: AZIENDA AGRICOLA NICOLA DI SIPIO S.R.L. con sede in Comune di RIPA TEATINA (CH). Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P.S.R.) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta **AZIENDA AGRICOLA NICOLA DI SIPIO S.R.L.** con sede in RIPA TEATINA il contributo in conto capitale di € **500.000,00** pari al **40%** dell'investimento ammesso di € **1.250.000,00** che coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;
- di stabilire che a seguito di informazioni negative acquisite dalla Prefettura di CHIETI si procederà alla revoca della presente concessione;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione

del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;

- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo, a pubblicare senza allegati, il presente provvedimento nel BURA, ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;
- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura;
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- di stabilire che, avverso il presente provve-

dimento, è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;

- di ritenere parti integranti e sostanziali del presente provvedimento i seguenti allegati:
 - Verbale Istruttorio formato da n.15 facciate;
 - Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 facciate;
 - Certificato della Camera di Commercio formato da n. 3 facciate.
 - Nota alla Prefettura di formata da n. 1 facciata
 - Mod. A – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
 - Mod. B. – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
 - Dichiarazione liberatoria formato da 1 facciata;
 - Computo metrico n°2 formato complessivamente da n. 40 facciate.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE, FORESTALE,
CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 20.07.2010, n. DH22/127:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: SOC. COOP. AGR. SAN MICHELE ARCANGELO A.R.L., con sede in Comune di VASTO -. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta SOC.COOP.AGR.SAN MICHELE ARCANGELO A.R.L. con sede in VASTO il contributo in conto capitale di € 234.053,40 pari al 40% e 20% dell'investimento ammesso di € 753.633,50 che non coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;
- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo debba essere autorizzato a pubblicare, senza allegati, il presente provvedimento nel B.U.R.A., ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;
- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e Pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura.
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- di stabilire che, avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;
- di ritenere parte integrante e sostanziale del presente provvedimento io seguenti allegati
 - Verbale Istruttorio formato da n. 15 facciate;
 - Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 facciate;
 - Certificato della Camera di Commercio formato da n. 6 facciate.
 - Nota della Prefettura di Chieti formata da n. 1 facciata.
 - Mod. A – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
 - Mod. B – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
 - Dichiarazione liberatoria formata da n. 1 facciata;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI
SVILUPPO RURALE, FORESTALE,
CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 20.07.2010, n. DH22/128:

**Concessione contributo in conto capitale.
Ditta: CANTINA SOCIALE SAN GIACOMO SOC.COOP., con sede in Comune di ROCCA SAN GIOVANNI -. Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta CANTINA SOCIALE SAN GIACOMO SOC.COOP. con sede in ROCCA SAN GIOVANNI il contributo in conto capitale di € 186.455,96 pari al 40% e 20% dell'investimento ammesso di € 490.875,82 che non coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;
- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo debba essere autorizzato a pubblicare, senza allegati, il presente provvedimento nel B.U.R.A., ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;
- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e Pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura.
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- di stabilire che, avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;
- di ritenere parte integrante e sostanziale del presente provvedimento io seguenti allegati
 - Verbale Istruttorio formato da n. 15 facciate;
 - Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 facciate;
 - Certificato della Camera di Commercio formato da n. 7 facciate.
 - Nota della Prefettura di Chieti formata da n. 1 facciata.
 - Mod. A – Riepilogo spese formato da 2

- facciate;
- Mod. B – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
 - Dichiarazione liberatoria formata da n. 1 facciata;
 - Computo metrico formato da n. 15 facciate.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE, FORESTALE, CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 26.07.2010, n. DH22/129:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: URSINI S.R.L. con sede in Comune di FOSSACESIA (CH). Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013 (P.S.R.) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta URSINI S.R.L. con sede in FOSSACESIA il contributo in conto capitale di € **223.852,00** pari al **40%** dell'investimento ammesso di € **559.630,00** che coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;

- di stabilire che a seguito di informazioni negative acquisite dalla Prefettura di CHIETI si procederà alla revoca della presente concessione;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;
- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo, a pubblicare senza allegati, il presente provvedimento nel BUR, ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;
- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura;
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- di stabilire che, avverso il presente provvedimento, è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;
- di ritenere parti integranti e sostanziali del

presente provvedimento i seguenti allegati:

- Verbale Istruttorio formato da n.15 facciate;
- Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 facciate;
- Certificato della Camera di Commercio formato da n. 4 facciate.
- Nota alla Prefettura di CHIETI formata da n. 1 facciata
- Mod. A – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
- Mod. B. – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
- Dichiarazione liberatoria formato da 1 facciata;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE, FORESTALE,
CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 30.07.2010, n. DH22/175:

Concessione contributo in conto capitale. Ditta: DORA SANCHESE S.R.L., con sede in Comune di ORTONA - Programma di Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1 "Trasformazione e commercializzazione prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del 07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presentazione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09. Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta DORA SANCHESE S.R.L. con sede in ORTONA il contributo in conto capitale di € 248.816,78 pari al 40% e 20% dell'investimento ammesso di € 690.773,96 che non coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di carattere generale;
- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo debba essere autorizzato a pubblicare, senza allegati, il presente provvedimento nel B.U.R.A., ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;
- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e Pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura.
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- di stabilire che, avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;
- di ritenere parte integrante e sostanziale del presente provvedimento i seguenti allegati
 - Verbale Istruttorio formato da n. 15 fasciate;
 - Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 fasciate;
 - Certificato della Camera di Commercio formato da n. 4 fasciate.
 - Nota della Prefettura di Chieti formata da n. 1 fasciata.
 - Mod. A - Riepilogo spese formato da 2 fasciate;
 - Mod. B - Riepilogo spese formato da 2 fasciate;
 - Dichiarazione liberatoria formata da n. 1 fasciata;
 - Computo metrico formato da n. 11 fasciate.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI
SVILUPPO RURALE, FORESTALE,
CACCIA E PESCA, EMIGRAZIONE
SERVIZIO ISPETTORATO PROVINCIALE
DELL'AGRICOLTURA DI CHIETI

DETERMINAZIONE 30.07.2010, n. DH22/176:

**Concessione contributo in conto capitale.
Ditta: PRODUTTORI RIUNITI IN PIAN DI
MARE SOC.COOP.AGR., con sede in Co-
mune di VILLAMAGNA -. Programma di
Sviluppo Rurale 2007/2013(P:S:R) della
Regione Abruzzo. Misura 1.2.3 Azione 1
"Trasformazione e commercializzazione
prodotti agricoli" - D.G.R. n. 753 del
07/08/2008 e s.m.i. Primo ciclo di presenta-
zione delle domande dal 28/11/08 al 30/06/09.
Attuazione D.G.R. n. 126 del 01/03/2010.**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per tutto quanto esposto nelle premesse:

- di concedere alla ditta PRODUTTORI RIUNITI IN PIAN DI MARE SOC.COOP.AGR. con sede in VILLAMAGNA il contributo in conto capitale di € **1.027.950,54** pari al **40%** e **20%** dell'investimento ammesso di € **2.589.776,36** che non coincide con quanto previsto dalla "Graduatoria regionale rettificata delle ditte ammissibili a finanziamento" approvata con D.D. n. DH5/16 del 12/03/2010;
- di stabilire che a seguito di informazioni negative acquisite dalla Prefettura di CHIETI si procederà alla revoca della presente concessione;
- di convocare il beneficiario presso il S.I.P.A. per la controfirma per accettazione del presente provvedimento, del verbale istruttorio e delle norme e prescrizioni di ca-

rattere generale;

- di stabilire che i lavori relativi ad opere edili dovranno essere ultimati, fatturati e pagati e le autorizzazioni finali dovranno essere acquisite entro diciotto mesi dalla data di ricezione della notifica di cui sopra, ovvero entro sei mesi dalla stessa data se trattasi solo di acquisti di macchine ed attrezzature;
- di autorizzare il Servizio Coordinamento e Supporto, Affari Generali e B.U.R.A. della Regione Abruzzo debba essere autorizzato a pubblicare, senza allegati, il presente provvedimento nel B.U.R.A., ai sensi delle norme vigenti in materia di trasparenza;
- di autorizzare, altresì, per le motivazioni di cui sopra, la pubblicazione del presente provvedimento anche sul sito internet della Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia e Pesca, Emigrazione: www.regione.abruzzo.it/agricoltura.
- di inviare il presente provvedimento ai Servizi Interventi Strutturali e al Servizio Sviluppo Rurale integrato, approccio leader, valutazione e controllo, della Direzione Politiche Agricole per gli adempimenti di competenza.
- di stabilire che, avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Abruzzo nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 (centoventi) giorni;
- di ritenere parte integrante e sostanziale del presente provvedimento io seguenti allegati
 - Verbale Istruttorio formato da n. 15 facciate;
 - Norme e Prescrizioni di Carattere Generale formato da n. 8 facciate;
 - Certificato della Camera di Commercio formato da n. 7 facciate.

- Nota alla Prefettura di Chieti formata da n. 1 facciata.
- Mod. A – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
- Mod. B – Riepilogo spese formato da 2 facciate;
- Dichiarazione liberatoria formata da n. 1 facciata;
- Computo metrico formato da n. 27 facciate.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Agr. Rino Di Felice

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL
LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE,
POLITICHE SOCIALI
*SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE
DELLE POLITICHE DELL'ISTRUZIONE.
DIRITTO ALLO STUDIO ORDINARIO E
UNIVERSITARIO. ACCREDITAMENTO
ORGANISMI DI FORMAZIONE*

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/219:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento DEFINITIVO alla CIPAT Abruzzo con Sede Legale in Pescara (PE), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

1. Di rilasciare, l'accreditamento DEFINITIVO al seguente soggetto:
CIPAT Abruzzo
Sede Legale: Viale Bovio, 85
65124 Pescara PE
Partita IVA : 01369340680

Codice Fiscale: 80012610681

per la sede operativa sita in:

Via Raffaello, 26

65124 Pescara PE

per le Macrotipologie, Aree di Attività e Subsettori Economici della classificazione ISFOL-ORFEO, meglio indicati nell'acclusa scheda **Allegato "B"** alla presente per formarne parte integrante e sostanziale.

2. Di stabilire che:

- l'accreditamento concesso è a tempo indeterminato e resta valido purché il soggetto accreditato ottemperi alle prescrizioni dettate per la permanenza nel sistema di accreditamento regionale di cui agli **artt. 52 e seguenti dell'Allegato 1 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**;

- che il soggetto accreditato è tenuto al periodico aggiornamento delle dichiarazioni e della documentazione presentata in fase di accreditamento, secondo quanto indicato nelle **"Tabelle Esplicative"** – **Allegato 2 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**.

3. Di trasmettere copia del presente provvedimento al Legale rappresentante pro tempore della CIPAT Abruzzo con sede legale in Pescara (PE), a valere quale comunicazione dell'esito finale del procedimento in questione, oltre che, per opportuna conoscenza, al Direttore Regionale ed ai competenti Dirigenti di Servizio della Direzione Regionale "Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali" ed alla Segreteria del Componente la Giunta preposto, Avv. Paolo Gatti.

4. Di pubblicare, per estratto, la presente determinazione nel *B.U.R.A.* e di darne ulteriore conoscenza mediante inserimento degli estremi delle sedi operative interessate nel sito www.regione.abruzzo.it, nell'apposito elenco delle sedi formative accreditate pres-

so la Regione Abruzzo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Carlo Amoroso

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL
LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE,
POLITICHE SOCIALI
*SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE
DELLE POLITICHE DELL'ISTRUZIONE.
DIRITTO ALLO STUDIO ORDINARIO E
UNIVERSITARIO. ACCREDITAMENTO
ORGANISMI DI FORMAZIONE*

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/220:
**Provvedimento di concessione
dell'accreditamento PROVVISORIO alla
RSA FORMAZIONE S.R.L. con Sede Legale
in Roseto degli Abruzzi (TE), a norma del
D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009,
nr. 363.**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

1. Di rilasciare, l'accreditamento
PROVVISORIO al seguente soggetto:

RSA Formazione S.r.l.

Sede Legale: Via Irlanda, 1

64026 Roseto degli Abruzzi TE

Partita IVA : 01745550671

Codice Fiscale: 01745550671

per la sede operativa sita in:

Via Irlanda, 1

64026 Roseto degli Abruzzi TE

per le Macrotipologie, Aree di Attività e
Subsettori Economici della classificazione
ISFOL-ORFEO, meglio indicati nell'acclusa
scheda **Allegato "B"** alla presente per formarne

parte integrante e sostanziale.

2. Di stabilire che:

- l'accreditamento concesso è a tempo indeterminato e resta valido purché il soggetto accreditato ottemperi alle prescrizioni dettate per la permanenza nel sistema di accreditamento regionale di cui agli **artt. 52 e seguenti dell'Allegato 1 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**;
- che il soggetto accreditato è tenuto al periodico aggiornamento delle dichiarazioni e della documentazione presentata in fase di accreditamento, secondo quanto indicato nelle **"Tabelle Esplicative" – Allegato 2 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**.

3. Di trasmettere copia del presente provvedimento al Legale rappresentante pro tempore della RSA Formazione S.r.l. con sede legale in Roseto degli Abruzzi (TE), a valere quale comunicazione dell'esito finale del procedimento in questione, oltre che, per opportuna conoscenza, al Direttore Regionale ed ai competenti Dirigenti di Servizio della Direzione Regionale "Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali" ed alla Segreteria del Componente la Giunta preposto, Avv. Paolo Gatti.

4. Di pubblicare, per estratto, la presente determinazione nel *B.U.R.A.* e di darne ulteriore conoscenza mediante inserimento degli estremi delle sedi operative interessate nel sito www.regione.abruzzo.it, nell'apposito elenco delle sedi formative accreditate presso la Regione Abruzzo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Carlo Amoroso

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL
LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE,
POLITICHE SOCIALI

*SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE
DELLE POLITICHE DELL'ISTRUZIONE.
DIRITTO ALLO STUDIO ORDINARIO E
UNIVERSITARIO. ACCREDITAMENTO
ORGANISMI DI FORMAZIONE*

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/221:

Provvedimento di concessione dell'accREDITAMENTO DEFINITIVO alla CONSORZIO MARIO NEGRI SUD Con Sede Legale in Santa Maria Imbaro (CH), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

1. Di rilasciare, l'accREDITAMENTO DEFINITIVO al seguente soggetto:

Conorzio Mario Negri Sud

Sede Legale: Via Nazionale, 8/A

66030 Santa Maria Imbaro CH

Partita IVA: 00346290695

Codice Fiscale: 00346290695

per la sede operativa sita in:

Via Nazionale, 8/A

66030 Santa Maria Imbaro CH

per le Macrotipologie, Aree di Attività e Subsettori Economici della classificazione ISFOL-ORFEO, meglio indicati nell'acclusa scheda **Allegato "B"** alla presente per formarne parte integrante e sostanziale.

2. Di stabilire che:

- l'accREDITAMENTO concesso è a tempo indeterminato e resta valido purché il soggetto accREDITATO ottemperi alle prescrizioni dettate per la permanenza nel sistema di accREDITAMENTO regionale di cui agli artt. 52 e seguenti dell'Allegato 1 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363;

- che il soggetto accREDITATO è tenuto al periodico aggiornamento delle dichiarazioni e della documentazione presentata in fase di accREDITAMENTO, secondo quanto indicato nelle "Tabelle Esplicative" – **Allegato 2 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363.**

3. Di trasmettere copia del presente provvedimento al Legale rappresentante pro tempore della Consorzio Mario Negri Sud con sede legale in Santa Maria Imbaro (CH), a valere quale comunicazione dell'esito finale del procedimento in questione, oltre che, per opportuna conoscenza, al Direttore Regionale ed ai competenti Dirigenti di Servizio della Direzione Regionale "Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali" ed alla Segreteria del Componente la Giunta preposto, Avv. Paolo Gatti.

4. Di pubblicare, per estratto, la presente determinazione nel *B.U.R.A.* e di darne ulteriore conoscenza mediante inserimento degli estremi delle sedi operative interessate nel sito www.regione.abruzzo.it, nell'apposito elenco delle sedi formative accREDITATE presso la Regione Abruzzo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Carlo Amoroso

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI
*SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE
DELLE POLITICHE DELL'ISTRUZIONE.
DIRITTO ALLO STUDIO ORDINARIO E
UNIVERSITARIO. ACCREDITAMENTO
ORGANISMI DI FORMAZIONE*

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/222:

Provvedimento di concessione dell'accREDITAMENTO PROVVISORIO alla ASSOCIAZIONE MONFOR ONLUS con Sede Legale in Vasto (CH), a norma del D.M.

nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

1. Di rilasciare, l'accreditamento PROVVISORIO al seguente soggetto:

Associazione Monfor Onlus

Sede Legale: Viale D'Annunzio, 68

66054 Vasto CH

Partita IVA: 01860090693

Codice Fiscale: 01860090693

per la sede operativa sita in:

Viale D'Annunzio, 68

66054 Vasto CH

per le Macrotipologie, Aree di Attività e Subsettori Economici della classificazione ISFOL-ORFEO, meglio indicati nell'acclusa scheda **Allegato "B"** alla presente per formarne parte integrante e sostanziale.

2. Di stabilire che:
- l'accreditamento concesso è a tempo indeterminato e resta valido purché il soggetto accreditato ottemperi alle prescrizioni dettate per la permanenza nel sistema di accreditamento regionale di cui agli **artt. 52 e seguenti dell'Allegato 1 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**;
 - che il soggetto accreditato è tenuto al periodico aggiornamento delle dichiarazioni e della documentazione presentata in fase di accreditamento, secondo quanto indicato nelle **"Tabelle Esplicative"** – **Allegato 2 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**.
3. Di trasmettere copia del presente provvedimento al Legale rappresentante pro tempore della Associazione Monfor Onlus con sede

legale in Vasto (CH), a valere quale comunicazione dell'esito finale del procedimento in questione, oltre che, per opportuna conoscenza, al Direttore Regionale ed ai competenti Dirigenti di Servizio della Direzione Regionale "Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali" ed alla Segreteria del Componente la Giunta preposto, Avv. Paolo Gatti.

4. Di pubblicare, per estratto, la presente determinazione nel *B.U.R.A.* e di darne ulteriore conoscenza mediante inserimento degli estremi delle sedi operative interessate nel sito www.regione.abruzzo.it, nell'apposito elenco delle sedi formative accreditate presso la Regione Abruzzo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Carlo Amoroso

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE POLITICHE DELL'ISTRUZIONE. DIRITTO ALLO STUDIO ORDINARIO E UNIVERSITARIO. ACCREDITAMENTO ORGANISMI DI FORMAZIONE

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/223:
Provvedimento di concessione dell'accreditamento PROVVISORIO alla ARTIGIANSERVICE CHIETI S.RL. con Sede Legale in Chieti (CH), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

1. Di rilasciare, l'accreditamento PROVVISORIO al seguente soggetto:

Artigianservice Chieti S.rl.

Sede Legale: Via Gran Sasso, 2

66100 Chieti CH

Partita IVA : 02155980697

Codice Fiscale: 02155980697

per la sede operativa sita in:

Via Gran Sasso, 2

66100 Chieti CH

per le Macrotipologie, Aree di Attività e Subsettori Economici della classificazione ISFOL-ORFEO, meglio indicati nell'acclusa scheda **Allegato "B"** alla presente per formarne parte integrante e sostanziale.

2. Di stabilire che:

- l'accreditamento concesso è a tempo indeterminato e resta valido purché il soggetto accreditato ottemperi alle prescrizioni dettate per la permanenza nel sistema di accreditamento regionale di cui agli **artt. 52 e seguenti dell'Allegato 1 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**;
- che il soggetto accreditato è tenuto al periodico aggiornamento delle dichiarazioni e della documentazione presentata in fase di accreditamento, secondo quanto indicato nelle "Tabelle Esplicative" – **Allegato 2 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**.

3. Di trasmettere copia del presente provvedimento al Legale rappresentante pro tempore della Artigianservice Chieti S.rl. con sede legale in Chieti (CH), a valere quale comunicazione dell'esito finale del procedimento in questione, oltre che, per opportuna conoscenza, al Direttore Regionale ed ai competenti Dirigenti di Servizio della Direzione Regionale "Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali" ed alla Segreteria del Componente la Giunta preposto, Avv. Paolo Gatti.

4. Di pubblicare, per estratto, la presente determinazione nel *B.U.R.A.* e di darne ulteriore conoscenza mediante inserimento degli estremi delle sedi operative interessate nel sito www.regione.abruzzo.it, nell'apposito elenco delle sedi formative accreditate presso la Regione Abruzzo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Carlo Amoroso

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE POLITICHE DELL'ISTRUZIONE. DIRITTO ALLO STUDIO ORDINARIO E UNIVERSITARIO. ACCREDITAMENTO ORGANISMI DI FORMAZIONE

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/224:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento PROVVISORIO alla ISFORM S.R.L. con Sede Legale in Vasto (CH), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

1. Di rilasciare, l'accreditamento PROVVISORIO al seguente soggetto:

ISFORM S.r.l.

Sede Legale: Viale D'Annunzio, 68

66054 Vasto CH

Partita IVA: 01986780698

Codice Fiscale: 01986780698

per la sede operativa sita in:

Viale D'Annunzio, 68

66054 Vasto CH

per le Macrotipologie, Aree di Attività e Subsettori Economici della classificazione ISFOL-ORFEO, meglio indicati nell'acclusa scheda **Allegato "B"** alla presente per formarne parte integrante e sostanziale.

2. Di stabilire che:

- l'accreditamento concesso è a tempo indeterminato e resta valido purché il soggetto accreditato ottemperi alle prescrizioni dettate per la permanenza nel sistema di accreditamento regionale di cui agli **artt. 52 e seguenti dell'Allegato 1 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**;
- che il soggetto accreditato è tenuto al periodico aggiornamento delle dichiarazioni e della documentazione presentata in fase di accreditamento, secondo quanto indicato nelle "**Tablette Esplicative**" – **Allegato 2 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**.

3. Di trasmettere copia del presente provvedimento al Legale rappresentante pro tempore della ISFORM S.r.l. con sede legale in Vasto (CH), a valere quale comunicazione dell'esito finale del procedimento in questione, oltre che, per opportuna conoscenza, al Direttore Regionale ed ai competenti Dirigenti di Servizio della Direzione Regionale "Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali" ed alla Segreteria del Componente la Giunta preposto, Avv. Paolo Gatti.

4. Di pubblicare, per estratto, la presente determinazione nel *B.U.R.A.* e di darne ulteriore conoscenza mediante inserimento degli estremi delle sedi operative interessate nel sito www.regione.abruzzo.it, nell'apposito elenco delle sedi formative accreditate presso la Regione Abruzzo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Carlo Amoroso

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE POLITICHE DELL'ISTRUZIONE. DIRITTO ALLO STUDIO ORDINARIO E UNIVERSITARIO. ACCREDITAMENTO ORGANISMI DI FORMAZIONE

DETERMINAZIONE 27.07.2010, n. DL24/225:

Provvedimento di concessione dell'accreditamento DEFINITIVO alla A.F.G.P. Associazione Formazione Giovanni Piamarta "Centro Guerrieri" con Sede Legale in Brescia (BS), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

1. Di rilasciare, l'accreditamento DEFINITIVO al seguente soggetto:

A.F.G.P. Associazione Formazione Giovanni Piamarta "Centro Guerrieri"

Sede Legale: Via Ferri, 73

25100 Brescia BS

Partita IVA: 03422320170

Codice Fiscale: 97110780158

per la sede operativa sita in:

Via Nazionale, 330

64026 Roseto degli Abruzzi TE

per le Macrotipologie, Aree di Attività e Subsettori Economici della classificazione ISFOL-ORFEO, meglio indicati nell'acclusa scheda **Allegato "B"** alla presente per formarne parte integrante e sostanziale.

2. Di stabilire che:

- l'accreditamento concesso è a tempo in-

determinato e resta valido purché il soggetto accreditato ottemperi alle prescrizioni dettate per la permanenza nel sistema di accreditamento regionale di cui agli **artt. 52 e seguenti dell'Allegato 1 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**;

- che il soggetto accreditato è tenuto al periodico aggiornamento delle dichiarazioni e della documentazione presentata in fase di accreditamento, secondo quanto indicato nelle "Tabelle Esplicative" – **Allegato 2 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**.
3. Di trasmettere copia del presente provvedimento al Legale rappresentante pro tempore della A.F.G.P. Associazione Formazione Giovanni Piamarta "Centro Guerrieri" con sede legale in Brescia (BS), a valere quale comunicazione dell'esito finale del procedimento in questione, oltre che, per opportuna conoscenza, al Direttore Regionale ed ai competenti Dirigenti di Servizio della Direzione Regionale "Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali" ed alla Segreteria del Componente la Giunta postepo, Avv. Paolo Gatti.
4. Di pubblicare, per estratto, la presente determinazione nel *B.U.R.A.* e di darne ulteriore conoscenza mediante inserimento degli estremi delle sedi operative interessate nel sito www.regione.abruzzo.it, nell'apposito elenco delle sedi formative accreditate presso la Regione Abruzzo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Carlo Amoroso

DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL
LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE,
POLITICHE SOCIALI
*SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE
DELLE POLITICHE DELL'ISTRUZIONE.
DIRITTO ALLO STUDIO ORDINARIO E
UNIVERSITARIO. ACCREDITAMENTO*

ORGANISMI DI FORMAZIONE

DETERMINAZIONE 10.08.2010, n. DL24/227:
Provvedimento di concessione dell'accREDITAMENTO DEFINITIVO alla CE.S.CO.T. ABRUZZO con Sede Legale in Pescara (PE), a norma del D.M. nr. 166/01, e della D.G.R. 20.07.2009, nr. 363.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

1. Di rilasciare, l'accREDITAMENTO DEFINITIVO al seguente soggetto:
CE.S.CO.T. Abruzzo
Sede Legale: Via Raiale, 110/bis
65129 Pescara PE
Partita IVA: 01330280684
Codice Fiscale: 01330280684
per le seguenti sedi operative site in:
1) Via Monsignor Marcante, 3
67039 Sulmona (AQ)
2) Via Mattia Preti, 17
64018 Tortoreto (TE)
per le Macrotipologie, Aree di Attività e Subsettori Economici della classificazione ISFOL-ORFEO, meglio indicati nell'acclusa scheda **Allegato "B"** alla presente per formarne parte integrante e sostanziale.
2. Di stabilire che:
 - l'accREDITAMENTO concesso è a tempo indeterminato e resta valido purché il soggetto accreditato ottemperi alle prescrizioni dettate per la permanenza nel sistema di accreditamento regionale di cui agli **artt. 52 e seguenti dell'Allegato 1 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363**;
 - che il soggetto accreditato è tenuto al pe-

riodico aggiornamento delle dichiarazioni e della documentazione presentata in fase di accreditamento, secondo quanto indicato nelle “**Tabelle Esplicative**” – **Allegato 2 alla D.G.R. 20-07-09 nr. 363.**

3. Di trasmettere copia del presente provvedimento al Legale rappresentante pro tempore della CE.S.CO.T. Abruzzo con sede legale in Pescara (PE), a valere quale comunicazione dell'esito finale del procedimento in questione, oltre che, per opportuna conoscenza, al Direttore Regionale ed ai competenti Dirigenti di Servizio della Direzione Regionale “Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali” ed alla Segreteria del Componente la Giunta preposto, Avv. Paolo Gatti.
4. Di pubblicare, per estratto, la presente determinazione nel *B.U.R.A.* e di darne ulteriore conoscenza mediante inserimento degli estremi delle sedi operative interessate nel sito www.regione.abruzzo.it, nell'apposito elenco delle sedi formative accreditate presso la Regione Abruzzo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Carlo Amoroso

DIREZIONE PROTEZIONE CIVILE -
AMBIENTE
SERVIZIO GESTIONE DEI RIFIUTI

DETERMINAZIONE 03.08.2010, n. DR4/136:

Decreto Legislativo 03.04.2006 n° 152 e s.m.i, Art. 208 - Legge Regionale 19.12.2007 N° 45 e s.m.i., Art. 45 – Società LAFARGE GESSI S.p.A. – Sede legale: Via GG. Winckelmann n° 2 – 20146 MILANO (MI) – Sede Operativa: Strada S. Maria Loc. Impianata – 67030 CORFINIO (AQ) – Autorizzazione regionale alla realizzazione ed esercizio di un impianto di recupero di rifiuti non pericolosi.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in narrativa, che qui di seguito si intendono integralmente riportate:

- 1) di approvare ai sensi del Decreto Legislativo 03.04.2006 n° 152 e s.m.i., art. 208 e della Legge Regionale 19.12.2007 n. 45 e s.m.i., Art. 45, l'intervento proposto dalla Società LAFARGE GESSI S.p.A. – Sede Legale: Via GG. Winckelmann n° 2 – 20146 MILANO (MI) – Sede Operativa: Strada S. Maria Loc. Impianata – 67030 CORFINIO (AQ) per la realizzazione e l'esercizio di un impianto di recupero di rifiuti non pericolosi equivalente alla fase R5 (Riciclo/recupero di altre sostanze inorganiche) dell'allegato C del D.Lgs. n° 152/06 e s.m.i.;

Area identificabile:

P.R.G. Comune di Corfinio: Zona D – “Zona Industriale”;

N.C.T. Comune di Corfinio: Foglio di mappa 17 – Particella 1467;

Coordinate UTM: Foglio 146 – Quadrante II – Tav. NE;

Coordinate sistema WGS84:

- Latitudine: 42° 07' 09" N

- Longitudine: 13° 50' 43" E;

Coordinate Gauss Boaga Roma 40 (Monte Mario), Fuso E:

- 4663482 metri nord;

- 2424493 metri Est;

Per una superficie complessiva di 77.805 mq e una potenzialità di 120.000 t/a, in conformità agli elaborati tecnici e progettuali così costituiti:

Mese di Novembre Anno 2008

Società Lafarge Gessi S.p.A. - Dott. Chimico Civitaresse Giampiero – Dott. Geologo Eustachio Pietromartire – Ing Paolo Petrella

Allegato 1) Scheda informativa generale datata 18.12.2008;

Allegato 2) Relazione tecnica;

Allegato 3) Relazione geologica – geotecnica e idrogeologica;

Allegato 4) Tavola 1 Ar. – Carta d'insieme con l'indicazione dei flussi di traffico di trasporto del F.C.D. scala 1: 200.000;

Allegato 5) Tavola 2 Ar. – Corografia scala 1:25.000;

Allegato 6) Tavola 3 Ar. – Viabilità su carta provinciale e regionale scala 1:100.000;

Allegato 7) Tavola 4.1 Ar. – Vincolo paesistico e archeologico aree protette con individuazione dell'area di intervento;

Allegato 8) Tavola 4.2 Ar. – Stralcio piano regionale paesistico scala 1:25.000;

Allegato 9) Tavola 5 Ar. – Vincolo idrogeologico-forestale e zone sismiche con indicazione dell'area di intervento;

Allegato 10) Tavola 6 Ar. – Carta della vegetazione con indicazione dell'area di intervento scale:varie;

Allegato 11) Tavola 7 Ar. - Carta dell'uso del suolo scala 1:25.000;

Allegato 12) Tavola 9 Ar. – Aereofotogrammetria con indicazione distanze dai fabbricati scala 1:5.000;

Allegato 13) Tavola 10 Ar. – Aereofotogrammetria indicazioni quote e curve di livello scala 1:2.000;

Allegato 14) Tavola 11 Ar. - Stralcio mappa catastale scala 1:2.000;

Allegato 15) Tavola 12.1Ar. – Planimetria generale dell'area di intervento scala 1:500;

Allegato 16) Tavola 12.2 Ar. – Elaborati grafici tettoia di stoccaggio scala 1:200;

Allegato 17) Tavola 13 Ar. – Planimetria impianto di illuminazione scala 1:200;

Allegato 18) Tavola 14 Ar. – Planimetria smaltimento acque bianche scala 1:200;

Allegato 19) Tavola 15 Ar. – Planimetria smaltimento acque bianche decantate scala 1:200;

Allegato 20) Tavola 16 Ar. – Particolare pozzetti scala varie;

*Mese di Marzo Anno 2010**Società Lafarge Gessi S.p.A. – Ing Paolo Petrella – Ing. Roberto Angelone*

- 21) Dichiarazione sostitutiva di certificazioni;
 - 22) Relazione tecnico-descrittiva delle modalità gestionali delle acque meteoriche di prima e seconda pioggia all'interno dell'area di proprietà della Lafarge Gessi S.p.A. – Corfinio;
 - 23) Tavola – Planimetria scala 1:2.000;
 - 24) Tav. 4.1 Ar. – Vincolo Paesistico e archeologico aree protette con individuazione dell'area di inte;
 - 25) Tav. 4.2 Ar. – Stralcio piano regionale paesistico scala 1:25.000;
 - 26) Tav. 5 Ar. – Vincolo idrogeologico-forestale e zone sismiche con indicazione dell'are di intervent
 - 27) Tav. 6.Ar. – Carta della vegetazione con indicazione dell'area di intervento scala varie;
 - 28) Tav. 17 Ar. – Planimetria flusso materiale FGD scala 1:500;
 - 29) Tav. 18 Ar. – Planimetria particolare costruttivo della pavimentazione interna ed esterna dell'impianto scala 1:500;
 - 30) Tav. 19 Ar. – Planimetria con particolare barriera frangivento versante prospiciente strada vicinale scala 1:500;
 - 31) Tav. 20Ar. – Planimetria recinzione impianto scala 1:500;
 - 32) Tav. 21 Ar – Planimetria localizzazione impianto su carta di pericolosità del P.S.D.A. scala 1:500;
 - 33) Tav. 22 Ar. – Planimetria di dettaglio relativa all'immissione degli effluenti gassosi in atmosfera corredata di quadro riassuntivo delle emissioni scala 1:500;
 - 34) Tav. 23 Ar. – Planimetria area di intervento con indicazione localizzazione corsi d'acqua e opere di captazione scala 1:500;
 - 35) Tav. 24.Ar – Planimetria reti fognarie per autorizzazione scarico acque meteoriche scala 1:500;
 - 36) Relazione impatto acustico;
-
- | | |
|--|---|
| 2) autorizzare la Società LAFARGE GESSI S.p.A. alla realizzazione ed esercizio ai sensi del predetto art. 208 del D.Lgs. n° 152/2006 e s.m.i., le iniziative di cui al punto 1), nel rispetto delle seguenti prescrizioni: | 2.1) della Direzione Protezione Civile Ambiente – Servizio Gestione Rifiuti – Ufficio Attività Amministrative:

Elenco codici C.E..R. |
|--|---|

C.E.R.	DESCRIZIONE
06 11 99	Rifiuti non specificati altrimenti
06 11 01	Rifiuti prodotti da reazioni a base di calcio nella produzione di diossido di titanio
06 06 99	Rifiuti non specificati altrimenti
10 01 05	Rifiuti solidi prodotti da reazioni a base di calcio nei processi di desolfurazione dei fumi
10 01 07	Rifiuti fangosi prodotti da reazioni a base di calcio nei processi di desolfurazione dei fumi
10 12 10	Rifiuti solidi prodotti dal trattamento dei fumi, diversi da quelli di cui alla voce 10 12 09

Per una potenzialità impiantistica di 120.000 t/a;

2.2) dell'A.R.T.A. – Agenzia Regionale Tutela Ambiente – Dipartimento Provinciale di L'Aquila:

2.2.1) I rifiuti da recuperare devono essere stoccati separatamente dalle materie prime presenti in impianto;

2.2.2) La messa in riserva dei rifiuti prima delle operazioni di recupero non può avvenire per un periodo superiore ad un anno e comunque in quantità superiori a quelle recuperabili nello stesso periodo;

2.2.3) I rifiuti stoccati in cumuli devono essere protetti dall'azione del vento;

2.2.4) Deve essere effettuata periodicamente la caratterizzazione del rifiuto in ingresso, mediante analisi effettuate su un campione rappresentativo secondo metodiche standardizzate o riconosciute valide a livello nazionale, comunitario o internazionale;

2.2.5) Presso l'impianto di recupero dovrà essere tenuto uno specifico registro di carico e scarico, diverso da quello usato per la gestione dei rifiuti in deposito temporaneo;

2.2.6) I rifiuti eventualmente prodotti dalle operazioni di recupero, dovranno essere gestiti in regime di deposito temporaneo;

2.3) della A.U.S.L. – Azienda Unità Sanitaria Locale n° 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila – Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica:

2.3.1) Che i rifiuti stoccati in cumuli sui piazzali prospicienti le tettoie, vengano co-

perti onde evitare la dispersione di polveri nei luoghi circostanti;

2.3.2) Che vengano utilizzati in modo opportuno i nebulizzatori d'acqua al fine di ridurre l'azione del vento in merito alla dispersione delle polveri;

2.3.3) Che periodicamente vengano forniti allo scrivente Servizio, referti analitici relativi alle acque bianche a livello del pozzetto di campionamento;

2.3.4) Che vengano predisposti contratto con Ditta autorizzata allo smaltimento e registro di carico e scarico rifiuti per lo smaltimento dei fanghi di deposito dalla vasca di sedimentazione;

2.4) della Provincia di L'Aquila – Settore Politiche Ambientali e Provveditorato alla Ricostruzione – Servizio Prevenzione e Riduzione dell'Inquinamento:

2.4.1) Gestione Rifiuti: Viste le integrazioni, non ci sono osservazioni da fare.

2.4.2) Genio Civile: Si ribadisce quanto già espresso con la precedente nota n. 46971 del 02.09.09, che viene di seguito riportato.

Riguardo alla derivazione di acque sotterranee tramite pozzo, in data 18/07/08 è stata rilasciata autorizzazione preferenziale (articolo 60 del regolamento regionale n. 3 del 13.08.07) provvisoria all'esercizio di derivazione di acqua di cui all'elenco 01/08 del Genio Civile di Sulmona, secondo quanto riportato nella tabella

Usi	Portata derivata (l/s) per singolo uso	Volume medio derivato (mc/anno)
4. Industriale	4. Portata media 18 portata massima 25	4. Industriale 135.000
5. Igienico	5. Portata media 18 portata massima 25	5. Igienico 1.500
6. Antincendio	6. Portata media 18 portata massima 25	6. Antincendio 1.500

seguito:

E' in corso l'iter volto al rilascio della concessione definitiva.

Si segnala che l'intervento di costruzione di che trattasi (costruzione in zone sismiche) è

soggetto alle disposizioni di cui alla Legge n. 138/96, art. 2: denuncia dei lavori da presentare al Sindaco e al Servizio del Genio Civile Provinciale (Sede competente: Sulmona) prima dell'inizio dei lavori.

3) di autorizzare la Società LAFARGE GESSI S.p.A alle emissioni in atmosfera in conformità con il Q.R.E. di cui agli elaborati al suddetto punto 1), ai sensi dell'art. 269 del D.Lgs. n° 152/2006 e s.m.i., nel rispetto delle seguenti prescrizioni:

3.1) della Provincia di L'Aquila – Settore Politiche Ambientali e Provveditorato alla Ricostruzione – Servizio Prevenzione e Riduzione dell'Inquinamento:

3.1.1. Emissioni in atmosfera: Con riferimento alla documentazione tecnica integrativa datata 06/07/10, relativa all'istanza in oggetto, si esprime per quanto di competenza parere favorevole. Si prescrive alla Ditta di esercitare le attività in progetto, che originano emissioni non convogliabili in relazione alle migliori tecniche disponibili, facendo ricorso alle apposite misure di contenimento delle polveri indicate nella documentazione progettuale ed assicurando comunque il rispetto di quanto disciplinato nella parte I dell'allegato V alla parte quinta del D.Lgs. 152/06 e s.m.i.”;

4) di autorizzare la Società LAFARGE GESSI S.p.A allo scarico sul suolo delle acque piovane in uscita dalla vasca di accumulo e dispersione nel rispetto delle seguenti prescrizioni:

4.1) della Provincia di L'Aquila – Settore Politiche Ambientali e Provveditorato alla Ricostruzione – Servizio Prevenzione e Riduzione dell'Inquinamento:

4.1.1. la ditta deve consegnare, entro n.30 giorni dal ricevimento del presente provvedimento, una relazione idrogeologica attraverso la quale

vengano accertate le condizioni di sicurezza a garanzia del non danneggiamento delle falde acquifere e della stabilità dei suoli, con indicazione delle misure previste per il relativo monitoraggio nel tempo, consistenti almeno nell'installazione di un piezometro. Gli esiti del monitoraggio devono essere tenuti a disposizione delle autorità competenti.

4.1.2. la ditta deve consegnare, entro n.30 giorni dal ricevimento del presente provvedimento, una relazione tecnica integrativa con la descrizione dettagliata della vasca di accumulo e dispersione nel suolo delle acque scaricate, con particolare riguardo al calcolo idraulico dello scarico posto in relazione alla capienza della vasca, ai tempi di svuotamento e nuova disponibilità per i successivi eventi meteorici, nonché a tutte le condizioni di sicurezza, anche dal punto di vista dell'impianto visivo, olfattivo ed ambientale in genere.

4.1.3. il sistema di depurazione deve garantire l'abbattimento totale delle sostanze per le quali vige il divieto di scarico al suolo (sostanze di cui al punto 2.1 dell'allegato 5 al D.L.vo 152/06 e s.m.i.), tra cui gli idrocarburi di origine petrolifera persistenti, nonché il rispetto della Tabella 4 del medesimo allegato 5 per i parametri il cui scarico è ammesso. Si suggerisce un sistema di autocontrollo per il rispetto di limiti di emissione tramite analisi semestrali, una per semestre. Il punto di prelievo dei campioni da analizzare è nel pozzetto posto a valle del sistema di depurazione, che consente il prelievo delle acque depurate prima della loro riunificazione con le acque di seconda pioggia non depurate.

- 5) di stabilire che l'autorizzazione di cui ai precedenti punti 2), 3) e 4) è concessa per un periodo pari ad anni dieci (10) dalla notifica del presente provvedimento, detto periodo risulta comprensivo sia della fase di costruzione che della fase di esercizio e, a tal proposito, si rinvia a quanto stabilito dalla L.R. 45/07 e s.m.i.;
- 6) precisare che l'autorizzazione di cui ai suddetti punti 2), 3) e 4) è rinnovabile nelle forme stabilite dal D.Lgs. 152/06 e s.m.i. e dalla L.R. 45/07 e s.m.i.;
- 7) di stabilire che l'esercizio dello stesso, è preceduto dall'invio allo scrivente Servizio della seguente documentazione:
 - 6.1) La documentazione attestante la prestazione delle garanzie finanziarie in conformità a quanto stabilito nel seguente punto 13);
 - 6.2) Comunicazione alla quale deve essere allegata una dichiarazione del direttore dei lavori il quale attesta:
 - 6.2.1) L'ultimazione delle opere in conformità al progetto approvato;
 - 6.2.2) L'avvenuta effettuazione con esito positivo della verifica di idoneità funzionale;
 - 6.2.3) Il nominativo del Responsabile della gestione dell'impianto, in possesso di idonee e documentate conoscenze tecniche;
- 7) di disporre che entro centottanta giorni dalla comunicazione di avvio dell'impianto, salvo proroga accordata su motivata istanza dell'interessato, il soggetto autorizzato alla realizzazione di cui al punto 2) deve presentare il certificato di collaudo dell'impianto stesso. Il certificato di collaudo deve attestare, tra l'altro, in funzione anche della tipologia di impianto:
 - 7.1) La conformità dell'impianto realizzato con il progetto a suo tempo approvato;
 - 7.2) La funzionalità dei sistemi di stoccaggio e dei processi di smaltimento, trattamento e recupero in relazione alla quantità e qualità dei rifiuti da smaltire o da recuperare;
 - 7.3) L'idoneità delle singole opere civile ed elettromeccaniche dell'impianto a conseguire i rispettivi risultati funzionali;
 - 7.4) Il regolare funzionamento dell'impianto nel suo complesso a regime di minima e di massima potenzialità;
 - 7.5) L'idoneità dell'impianto a garantire il rispetto dei limiti di legge ovvero di quelli prescritti come condizione nel provvedimento di approvazione;
 - 7.6) Le attività di monitoraggio e l'esecuzione di campionamenti ed analisi sui rifiuti da trattare, da recuperare o da smaltire, sui rifiuti prodotti, sui materiali recuperati, sulle emissioni e sugli scarichi, come specificazione dei valori, misurati all'atto del prelievo, delle variabili e dei parametri operativi;
- 8) di prescrivere che nell'impianto oggetto della presente autorizzazione non possono essere esercitate altre attività afferenti alla gestione dei rifiuti e, così come già previsto dalle vigenti norme regionali, ogni modifica agli impianti e/o attività di gestione deve essere preventivamente autorizzata dalla Regione Abruzzo;
- 9) di precisare che la presente autorizzazione è subordinata al rispetto delle seguenti ulteriori prescrizioni:
 - 9.1) Deve essere evitato ogni danno o pericolo per la salute, la incolumità, il benessere e la sicurezza della collettività e dei singoli;

- 9.2) Deve essere garantito il rispetto delle esigenze igienico sanitarie ed evitato ogni rischio di inquinamento dell'aria, dell'acqua del suolo e del sottosuolo, nonché ogni inconveniente derivante da rumori ed odori;
- 9.3) Devono essere salvaguardate la fauna e la flora e deve essere evitato ogni degrado dell'ambiente e del paesaggio;
- 9.4) Devono essere promossi, con l'osservanza di criteri di economicità ed efficienza, sistemi tendenti a favorire il riciclo, il riutilizzo ed il recupero di materie prime ed energia;
- 10) di richiamare l'osservanza di quanto previsto dal D.M. Ambiente 15 febbraio 2010, pubblicato sulla G.U. del 27 febbraio 2010, con il quale il Ministero dell'Ambiente è intervenuto a modificare ed integrare il D.M. 17 dicembre 2009 – "Istituzione del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti – Sistri";
- 11) di richiamare la Società LAFARGE GESSI S.p.A. autorizzata, al rispetto, per quanto applicabili, degli obblighi previsti dall'art. 189 (Catasto dei rifiuti) e dell'art. 190 (Registro di carico e scarico) del D.Lgs. 152/06 e s.m.i. e alla trasmissione con cadenza semestrale, alla Provincia di L'Aquila – Settore Politiche Ambientali e Sviluppo Territoriale – Servizio Prevenzione e Riduzione dell'Inquinamento e all'A.R.T.A. – Agenzia Regionale Tutela Ambiente – Dipartimento Provinciale di L'Aquila di una comunicazione concernente la quantità dei rifiuti movimentati, la provenienza e la loro destinazione, distinguendo quelli provenienti dalla Regione da quelli fuori Regione, in conformità con le disposizioni di cui alla D.G.R. n° 1399 del 29.11.2006;
- 12) di dare atto che l'inosservanza delle prescrizioni contenute nella presente autorizzazione comporta l'adozione dei provvedimenti
- previsti dall'art. 208 (Autorizzazione unica per i nuovi impianti di smaltimento e di recupero dei rifiuti) comma 13 (Quando, a seguito di controlli successivi all'avviamento degli impianti, questi non risultino conformi all'autorizzazione di cui al presente articolo, ovvero non siano soddisfatte le condizioni e le prescrizioni contenute nella stessa autorizzazione, quest'ultima è sospesa, previa diffida, per un periodo massimo di dodici mesi. Decorso tale termine senza che il titolare abbia adempiuto a quanto disposto nell'atto di diffida l'autorizzazione è revocata) del Decreto Legislativo 03.04.2006 n° 152 e s.m.i. e dell'art. 45 (Autorizzazione unica per i nuovi impianti di smaltimento e recupero dei rifiuti) comma 16 (Qualora a seguito di controlli successivi all'avviamento dell'impianto, questo non risulti conforme all'autorizzazione di cui al presente articolo, a seconda della gravità delle infrazioni si procede:
- a) alla Diffida, stabilendo un termine entro il quale devono essere eliminate le irregolarità;
 - b) alla diffida e contestuale sospensione dell'autorizzazione per un tempo determinato;
 - c) alla revoca dell'autorizzazione in caso di mancato adeguamento alle prescrizioni ed in caso di reiterate violazioni) della Legge Regionale 19.12.2007 n° 45 e s.m.i.;
- 13) di stabilire che all'atto dell'entrata in esercizio dell'impianto con quanto indicato al punto 2), l'Autorizzazione Provinciale RIP n° 11/AQ del 04.02.1999 è da intendersi automaticamente revocata. La Ditta dovrà quindi richiedere, entro 30 giorni dal ricevimento della presente autorizzazione, la cancellazione del suddetto RIP alla provincia competente;
- 14) di obbligare la Società:

- di possedere, nel corso della fase di realizzazione di cui al punto 2), la prescritta polizza assicurativa della responsabilità civile d'inquinamento (R.C.I.), a copertura di danni ambientali, causati a terzi nella fase medesima. Terminata la medesima fase ed eseguiti i dovuti accertamenti, si procederà allo svincolo della citata polizza assicurativa secondo quanto stabilito dalla D.G.R. n° 790 del 03.08.2007 pubblicata sul B.U.R.A. n° 71 Speciale del 05.09.2007;
- di prestare prima dell'avvio effettivo dell'esercizio di cui al punto 2) adeguate garanzie finanziarie, a favore della Regione Abruzzo secondo quanto previsto dalla D.G.R. n° 790 del 03.08.2007 e relativi allegati (Allegato A – Allegato B – Allegato C – Allegato D- Allegato E e/o a conformare le garanzie già prestate entro 120 giorni dalla data di pubblicazione della stessa sul B.U.R.A. ovvero alla prima scadenza utile a copertura di eventuali danni ambientali; detta garanzia, controfirmata per accettazione, sarà restituita all'interessato;
- al rispetto di quanto previsto dall'art. 48 (Garanzie finanziarie), comma 1 (La Giunta Regionale definisce entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, i criteri e i parametri per la determinazione delle garanzie finanziarie che l'interessato è tenuto a fornire per ottenere l'autorizzazione all'esercizio di un impianto, articolati per tipo di attività, per caratteristiche tecniche degli impianti, compresi quelli di cui al titolo quinto del decreto e per natura e caratteristiche dei rifiuti, con particolare riferimento ai rischi ambientali ed agli eventuali costi di bonifica e ripristino ambientale), comma 2 (La prestazione e l'accettazione delle garanzie finanziarie costituiscono requisito di efficacia dell'autorizzazione e condizione per l'avvio effettivo dell'esercizio dell'impianto; a tal fine le garanzie finanziarie per la gestione di una discarica, anche

per la fase successiva alla sua chiusura, sono prestate conformemente a quanto disposto dall'art. 14 del D.Lgs. 13 gennaio 2003, n. 36 (Attuazione della direttiva 1999/31/CE relativa alle discariche di rifiuti) e successive modifiche ed integrazioni.), comma 3 (Le garanzie finanziarie possono coesistere in depositi cauzionali, polizze fidejussorie, coperture assicurative e il loro importo deve essere idoneo ad assicurare, in qualunque momento, l'esecuzione delle operazioni di messa in sicurezza, di chiusura dell'impianto e ripristino del sito, eventuale bonifica e risarcimento del danno ambientale ed è soggetto ad aggiornamenti biennali), comma 4 (Le garanzie finanziarie sono ridotte del 50% per le imprese registrate ai sensi del regolamento (CE) 19 marzo 2001, n. 761/2001 "Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sull'adesione volontaria delle organizzazioni a un sistema comunitario di ecogestione e audit (EMAS)" del 40% nel caso di imprese in possesso della certificazione ambientale ai sensi della norma Uni En Iso 14001), comma 5 (Le garanzie finanziarie sono trattenute per due anni successivi al periodo garantito o alla chiusura degli impianti. Per le discariche le garanzie finanziarie sono trattenute per tutto il tempo necessario alle operazioni di manutenzione e di gestione successiva alla chiusura della discarica), comma 6 (La Giunta regionale può prevedere che le garanzie finanziarie di cui all'art. 14 del D.Lgs. 36/2003 non si applichino a particolari tipologie di impianti aventi un basso impatto ambientale) della Legge Regionale 19.12.2007 N° 45 e s.m.i., pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.) n° 10 Straordinario del 21.12.2007;

- 15) di fare salve eventuali e ulteriori autorizzazioni, visti pareri, nulla-osta e prescrizioni di competenza di altri Enti e Organismi, nonché le altre disposizioni e direttive vi-

genti in materia; sono fatti salvi, infine eventuali diritti di terzi;

- 16) di redigere il presente provvedimento in numero due originali, di cui un esemplare viene notificato, ai sensi di legge, alla Società LAFARGE GESSI S.p.A. - Sede legale: Via GG. Winckelmann n° 2 - 20146 MILANO (MI) - Sede Operativa: Strada S. Maria Loc. Impianata - 67030 CORFINIO (AQ);
- 17) di trasmettere copia del presente provvedimento al Comune di Corfinio (AQ), all'Amministrazione Provinciale di L'Aquila, all'A.R.T.A. - Agenzia Regionale Tutela Ambiente - Sede Centrale di Pescara e all'A.R.T.A. - Agenzia Regionale Tutela Ambiente - Dipartimento Provinciale di L'Aquila;
- 18) di trasmettere, altresì, ai sensi dell'art. 208, comma 18 del D.Lgs. 152/2006 e s.m.i. copia del presente provvedimento all'Albo Nazionale Gestori Ambientali Sezione Regionale Abruzzo c/o Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura di L'Aquila;
- 19) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento, limitatamente all'oggetto e al dispositivo, sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*;

Contro il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al competente Tribunale Amministrativo Regionale entro sessanta giorni o ricorso straordinario al Capo dello Stato entro centoventi giorni dalla notifica;

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Franco Gerardini

DIREZIONE TRASPORTI,
INFRASTRUTTURE, MOBILITA' E
LOGISTICA
SERVIZIO RETI FERROVIARIE ED
IMPIANTI FISSI

DETERMINAZIONE 06.08.2010, n. DE9/016:

Impianto di seggiovia biposto ad attacchi fissi denominato "Orsetta - Quota" (1236-1308 ml. s.l.m.), gestito dalla Assifer Service S.r.l. in Comune di Pescasseroli (AQ). Auto-rizzazione pubblico esercizio estivo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Premesso che:

- la Assifer Service S.r.l., con sede legale in Via Palmiro Togliatti n°1587 a Roma e sede operativa a Pescasseroli in Piazzale cabinovia, è subentrata, a seguito di compravendita di ramo d'azienda, alla G.I.S.P. S.p.A., nella gestione degli impianti di risalita della stazione invernale di Pescasseroli (AQ), tra cui la seggiovia biposto ad attacchi fissi denominata "Orsetta - Quota" (1236-1308 ml. s.l.m.);
- per detto impianto il Comune di Pescasseroli ha volturato con proprio atto prot. n°6275/09 del 04/12/2009, la concessione al pubblico esercizio ex L.R. 61/83 in favore della Assifer Service S.r.l., inizialmente rilasciata alla S.I.F. S.r.l. con atto del 05/04/1989 e successivamente intestata alla G.I.S.P. S.p.A. con atto del 20/07/2001;
- il progetto per la realizzazione della seggiovia "Orsetta - Quota" è stato approvato con D.G.R. n°7867 del 28/12/1988. In data 13/04/1989 è stata effettuata la visita delle verifiche e prove funzionali per la prima apertura al pubblico esercizio (nullaosta rilasciato dall'USTIF il 9/12/1989 n°1379), con l'impianto autorizzato al solo servizio nella stagione invernale esclusivamente per il trasporto in salita dei viaggiatori con sci ai piedi;
- il Regolamento di esercizio della seggiovia "Orsetta - Quota" è stato approvato con D.R.R. n°2119 del 20/04/1989 e 2084 del 29/03/1990;

Dato atto che:

- la ASSIFER SERVICE S.r.l., con nota del 23/07/2010, ha chiesto la possibilità di esercire la seggiovia biposto “Orsetta - Quota” (1236-1308) durante il periodo estivo, per il solo servizio con pedoni solo in salita. A detta richiesta è stata allegata la “Relazione sull’esercizio estivo dell’impianto per soli pedoni solo in salita” e la tavola “Integrazioni grafiche alla relazione sull’esercizio estivo dell’impianto per soli pedoni solo in salita”, entrambe a firma dell’ing. Pier Paolo Grassi Direttore di Esercizio della seggiovia;
- con nota prot. RA/144137 del 27/07/2010 il Servizio “Reti Ferroviarie ed Impianti Fissi”, in riferimento alla richiesta dell’Assifer Service S.r.l., ha chiesto all’USTIF il rilascio del nulla osta tecnico ex DPR 753/80;
- in data 31/07/2010 sono state effettuate le verifiche e prove funzionali finalizzate al rilascio dell’autorizzazione all’esercizio pubblico estivo dell’impianto per soli pedoni solo in salita;
- la società a ½ e-mail del 04/08/2010 ha trasmesso lo stralcio di copia della polizza per responsabilità civile (art. 11 L.R. 24/2005), n°292720633 del 29/12/2009, stipulata dalla ditta con la Compagnia di Assicurazioni Generali S.p.A. – Agenzia Roma Prenestina, con rateazione unica e avvenuto pagamento per il periodo di un anno e con scadenza al 29/12/2010;

Visto il nullaosta tecnico ex DPR 753/80 rilasciato per la successiva autorizzazione regionale all’esercizio pubblico estivo della seggiovia “Orsetta – Quota” per soli pedoni solo in salita, dall’USTIF – sezione di Pescara con nota n°900/RM31/N4 del 03/08/2010, (Allegato n°1);

Visto il DPR 11.07.1980, n°753;

Vista la L.R. 24/2005;

Vista la L.R. 14.09.1999, n°77, art. 5 “Autonomia della Funzione Dirigenziale”;

DETERMINA

1. di rilasciare in favore della Assifer Service S.r.l., con sede legale a Roma in Via Palmiro Togliatti n°1587, l’autorizzazione all’esercizio pubblico estivo, per soli pedoni solo in salita, dell’impianto di seggiovia biposto ad attacchi fissi denominata “Orsetta – Quota” (1236-1308 ml. s.l.m.) in località Monte Vitelle del Comune di Pescasseroli (AQ);
2. di inviare la presente determinazione alla Assifer Service S.r.l., Al Comune di Pescasseroli (AQ), al Direttore di Esercizio ing. Pier Paolo Grassi – Pescasseroli (AQ), all’USTIF di Napoli ed alla Sezione USTIF di Pescara – Spoltore (PE);
3. di inviare la presente disposizione al Servizio BURA, per la sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Ing. Luciano Di Biase

DIREZIONE RIFORME ISTITUZIONALI
- ENTI LOCALI - BILANCIO ED ATTIVITA'
SPORTIVE
SERVIZIO SPORT, IMPIANTISTICA SPORTIVA

DETERMINAZIONE 11.08.2010, n. DB5/95:

LR. 10.09.1993 n° 56 art. 21e 22 – Norme in materia di promozione culturale - Finanziamenti per iniziative di carattere sportivo-ricreativo del tempo libero. APPROVAZIONE GRADUATORIA DELLE INIZIATIVE AMMESSE ED ELENCO DELLE INIZIATIVE ESCLUSE. ANNO 2009.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Vista la L.R. 10.09.1993 n. 56 recante “Nuove norme in materia di promozione cultu-

rale”, in particolare gli articoli 21, 22 e 23 che dispongono la concessione di contributi in favore di Enti Locali e delle Associazioni senza fini di lucro regolarmente costituite, per la realizzazione di attività che promuovono attività sportivo-ricreative del tempo libero;

Vista la DGR n. 421 del 03.08.2009, pubblicata sul *BURA* n. 42 Ordinario del 14.08.2009, con la quale ai sensi dell’art. 12 della Legge 7/8/1990, n. 241 è stato approvato lo Schema di Bando contenente le modalità di accesso alle provvidenze previste dagli art. 21 e 22 della L.R. n. 56 del 10.09.1993 e s. m. e i. e nel quale sono specificate: la tipologia delle iniziative ammissibili, i tempi e i modi di presentazione delle domande, i criteri di valutazione e la determinazione del contributo spettante nonché il relativo modello di domanda denominato Scheda Progetto;

Vista la DGR n°39 del 01.02.2010, con la quale:

- è stata destinata, in attuazione di quanto previsto dall’art. 22 commi 3 e 4 della citata LR 56/93, la somma di € 48.000,00, per la realizzazione del progetto proposto dalla U.C. Fernando Perna, con sede in Pescara;
- è stata destinata, per il finanziamento delle richieste pervenute alla scadenza del Bando, la somma di € 192.000,00 quale importo residuo delle risorse disponibili sul citato capitolo 91627;

Preso atto che alla data di scadenza della presentazione delle domande, fissata dal Bando al 26.09.2009, sono pervenute complessivamente n°280 Schede Progetto e che a seguito della pertinente istruttoria, effettuata dall’Ufficio sulla base di quanto dichiarato da ciascun proponente nella relativa Scheda Progetto, è stata accertata la sussistenza dei requisiti richiesti dal bando sia in termini formali che sostanziali;

Viste le tabelle allegate (all. A e all. B), che formano parte integrante e sostanziale del presente atto, contenenti rispettivamente la Gra-

duatoria delle Iniziative Ammesse e l’Elenco delle Iniziative Escluse, redatte sulla scorta delle risultanze istruttorie esperite secondo i criteri e parametri contenuti nel bando sopraccitato, nelle quali sono indicati per ciascuna iniziativa ammessa (all. A), la posizione in graduatoria, il punteggio attribuito, e l’importo del contributo assegnato, per gli esclusi (all.B) le motivazioni di esclusione;

Richiamata la propria Determinazione n. DB5/131 del 30.11. 2009 con la quale sono state impegnate per le finalità di cui agli art. 21 e 22 della LR 56/1993, le seguenti somme:

- a) € 48.000,00, in favore della U.C. Fernando Perna di Pescara;
- b) € 192.000,00, in favore dei soggetti beneficiari riportati nell’elenco allegato – (all. A), che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, mediante imputazione della spesa complessiva di € 240.000,00 sulla U.P.B. 10.01.03 – Cap. 91627 dello stato di previsione della spese di bilancio - esercizio finanziario, anno 2009, “denominato “Interventi nel campo dello Sport “, che trova la necessaria disponibilità;

Richiamato l’art 3 del Bando approvato con la citata DGR 421/2009 il quale prevede che in caso di eccedenza di domande rispetto ai fondi disponibili, si potrà procedere all’eventuale scorrimento della graduatoria soltanto al verificarsi di economie conseguenti alla rinuncia o decadenza dei soggetti inseriti utilmente in graduatoria ovvero rinvenienti da ridefinizione in diminuzione degli importi dei contributi assegnati e non sufficientemente rendicontati.

Ritenuto, pertanto, di poter approvare le tabelle allegate (all. A e all. B), che formano parte integrante e sostanziale del presente atto, contenenti rispettivamente la Graduatoria delle Iniziative Ammesse e l’Elenco delle Iniziative Escluse;

Considerato pertanto che per quanto con-

cerne l'utilizzo delle risorse previste al precedente punto b), pari a € 192.000,00, potranno essere concessi i contributi nella misura massima indicata per ciascun richiedente fino alla posizione n°53 e in misura ridotta, per incapienza nelle risorse disponibili, l'iniziativa di cui alla posizione n°54;

Dato atto che l'importo sopraindicato, trova la necessaria copertura nell'impegno n. 5094/2009, assunto nell'ambito della U.P.B. 10.01.003 sul cap. 91627 del bilancio regionale con la citata determinazione dirigenziale n. DB5/131 del 30.11. 2009;

Vista la L.R. 14.9.1999, n. 77;

Vista la L.R. 25.3.2002, n. 3;

Accertata in relazione alla predetta disposizione la propria competenza ad adottare il presente provvedimento;

DETERMINA

per quanto esposto in premessa

1. di approvare la Graduatoria delle Iniziative Ammesse (all. A) che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, redatta sulla scorta delle risultanze istruttorie esperite secondo i criteri e parametri contenuti nel Bando approvato con la DGR n°421 del 03.08.2009, pubblicato sul BURA n°42 Ordinario del 14.08.2009 nel quale è indicata per ciascuna iniziativa ammessa, la posizione in graduatoria, il punteggio attribuito, e l'importo del contributo assegnato;
2. di ritenere finanziabili integralmente e salvo verifica di cui al successivo punto 6 le iniziative proposte fino alla posizione n°53;
3. di ritenere, per mancanza di fondi, parzialmente finanziabile l'iniziativa di cui alla posizione n°54 per un importo di € 4.669,89, a fronte di un importo massimo concedibile di € 5.000,00;
4. di approvare l'Elenco delle Iniziative Escluse (all.B), che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, contenente per ciascuna richiesta la motivazione di esclusione;
5. di prevedere che le istanze favorevolmente istruite, ammesse e non finanziabili per mancanza di fondi, di cui alla graduatoria (all.A), potranno essere con successivi atti finanziate, soltanto al verificarsi di economie conseguenti alla rinuncia o decadenza dei soggetti inseriti utilmente in graduatoria ovvero, con risorse rinvenienti da ridefinizione in diminuzione degli importi dei contributi assegnati e non sufficientemente rendicontati, compresa l'integrazione di € 330,11, per l'ultimo richiedente (posiz. n°54), il cui contributo, di € 5.000,00, non risulta interamente finanziabile per insufficienza di fondi;
6. di rinviare ai successivi provvedimenti la liquidazione e l'erogazione dei contributi spettanti a ciascun beneficiario, previa acquisizione della documentazione attestante l'avvenuto svolgimento della manifestazione, così come dichiarato nella Scheda Progetto, nonché dell'accertamento della spesa effettivamente sostenuta mediante acquisizione dei relativi giustificativi di spesa, entro il limite massimo dell'importo di spesa dichiarato o ritenuto ammissibile nella fase dell'istruttoria preliminare;
7. di dare atto che l'importo complessivo di € 192.000,00 trova la necessaria copertura nell'impegno assunto nell'ambito della U.P.B. 10.01.003 sul cap. 91627, del bilancio regionale per l'anno 2009, con la determinazione dirigenziale n. DB5/131 del 30.11.2009 e impegno n. 5094/2009;
8. di inviare copia del presente provvedimento:
 - al servizio Ragioneria e Credito della Regione Abruzzo;
 - alla Direzione Riforme Istituzionali, Enti Locali, Bilancio e Attività Sportive ai

sensi dell'art.16, comma 11 della L.R.
7/2002;

9. di disporre la pubblicazione sul sito della Regione Abruzzo e sul *BURA*

Pescara, 11.08.2010

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott.ssa Alba Grossi

Seguono allegati



Allegato "A"

REGIONE ABRUZZO
RIFORME ISTITUZIONALI, ENTI LOCALI, BILANCIO, ATTIVITA' SPORTIVE
SERVIZIO SPORT E IMPIANTISTICA SPORTIVA

L.R. 10.09.1993 n° 56 - artt. 21 e 22

Concessione contributi per l'organizzazione e lo svolgimento di iniziative di carattere sportivo-ricreative del tempo libero anno 2009

GRADUATORIA INIZIATIVE AMMESSE
(disponibilità di bilancio € 192.000,00)

N. Graduatoria	N. Inviti	DATA RACC.	ORA RACC.	DEDENOMINAZIONE	CITTA'	PROV.	LEGALE RAPPRESENTANTE	DEDENOMINAZIONE INIZIATIVA	TOTALE PUNTEGGIO	TOTALE SPESE SOSTENUTE O DA SOSTENERE	APPORTO CONTRIBUTIVO	DISPONIBILITA' DI BILANCIO	di spesa progressive
1	207	22/09/2009	13.17	A.S.D. AMICI DEL PINGPONG CASALBORDINO	CASALBORDINO	CH	Santoro Alessandro	MEETING PROM. DI TENNIS/TAVOLO CITTA DI CASALBORDINO	40	€ 17.471,00	€ 5.000,00	€ 5.000,00	
2	080	24/09/2009	10.33	ONTARIO	ATRI	TE	Di Musciano Antonio	ATRI CUP 2009	40	€ 21.121,43	€ 5.000,00	€ 10.000,00	
3	097	26/09/2009	10.54	POLISPORTIVA L'AQUILA REGGBY	L'AQUILA	AQ	Cara Angelo	IL PARCO IN META	40	€ 19.000,00	€ 5.000,00	€ 15.000,00	
4	134	26/09/2009	18.14	A.S.D. CIRC. SCACCHI R. FISCHER CHIETI	CHIETI	CH	Rebeggiani Andrea	AUTUNNO CON GLI SCACCHI	40	€ 11.400,00	€ 3.420,00	€ 18.420,00	
5	050	25/09/2009	11.39	A.S.F.A. - Ass. SCI HANDICAP ABRUZZO	PESCOCOSTANZO	AQ	Trozzi Pietro	CORSO MONOSKI - DUALSKI PER PRINCIPIANTI	38	€ 6.375,00	€ 1.912,50	€ 20.332,50	
6	270	25/08/2009	13.07	PRO LOCO SENARICA	CROGNALETO	TE	Malocco Sebastfan	TREKKING NEL CASTAGNETO	36	€ 7.000,00	€ 2.100,00	€ 22.432,50	
7	002	25/09/2009	13.18	Assoc.ne CULTURALE XV DEL PRESIDENTE	MONTORIO AL VOMANO	TE	Reale Alessandro	Siù in piazza	36	€ 21.535,00	€ 5.000,00	€ 27.432,50	
8	114	25/09/2009	16.49	A.S.D. ASI TERAMO - Sede Prov.le	TERAMO	TE	Petrella Enzo Francesco	SCI INSIEME FESTA ASI SULLA NEVE 2° EDIZIONE	36	€ 4.550,00	€ 1.365,00	€ 28.797,50	
9	276	14/08/2009	17.39	GRUPPO SPORTIVO DANUNZIANA	PESCARA	PE	Vettrano Massimiliano	IV MEDITERRANEO BEACH CUP	35	€ 23.720,00	€ 5.000,00	€ 33.797,50	
10	015	23/09/2009	11.24	GRUPPO PODISTICO AVIS VAL VIBRATA	CONTROGUERRA	TE	Pomplili Alberto	XII corsa di San Martino città di Controguerra	34	€ 16.850,00	€ 5.000,00	€ 38.797,50	
11	177	26/09/2009	11.58	A.S.D. FARNESE VINI E.R.C.A. PESCARA	CRECCHIO	CH	Mascianonio Anna Michela	MARATONA DANUNZIANA XXII ECOLOGICA SARA	33	€ 35.550,00	€ 5.000,00	€ 43.797,50	
12	205	21/09/2009	12.10	A.S. PESCASSEROLI	PESCASSEROLI	AQ	Grassi Gerardo	PODISTICA	32	€ 6.731,79	€ 2.019,54	€ 45.817,04	
13	073	23/09/2009	14.57	A.S.D. SCI CLUB VILLA CELIERA	VILLA CELIERA		D'Andrea Sergio	5° TROFEO SKIROLL VILLA CELIERA	32	€ 5.704,29	€ 1.711,29	€ 47.528,33	
14	180	26/09/2009	10.21	MOTO CLUB LUPI DEL CIGNO	CUGNOLI	PE	Fasciani Enzo	9° CAVALCATA DEL CIGNO	32	€ 3.520,00	€ 1.056,00	€ 48.584,33	
15	091	26/09/2009	17.48	NATUREL-TYER: CAVALLI, COMUNICAZIONE, COMPOR	BARETE	AQ	Paris Annalisa	HORSES DAY II EDIZIONE	32	€ 25.000,00	€ 5.000,00	€ 53.584,33	
16	277	14/08/2009	12.14	ASS. CULT. RICR. PRO PESCARA 2009	PESCARA	PE	Vettrano Giuseppa	2° INTERNATIONAL VOLLEY CAMP	31	€ 18.000,00	€ 5.000,00	€ 58.584,33	
17	241	12/09/2009	11.25	G.S. GULP POOL VAL VIBRATA	ALBA ADRIATICA	TE	Falò Dante	49° GARA PER ALLIEVI	31	€ 6.956,60	€ 2.086,98	€ 60.671,31	
18	048	24/09/2009	13.17	A.S.D. MILLE SPORT	SAN SALVO	CH	Fidellibus Giannichele	VI MEMORIAL TANO CROCE	31	€ 13.300,00	€ 3.990,00	€ 64.661,31	
19	145	26/09/2009	11.24	A.S.D. SULMONA RUGBY	SULMONA	AQ	Trilapepe Fabrizio	AMMICIZIA NEL RUGBY . RUGBY UBU AMICIZIA	31	€ 8.200,00	€ 2.460,00	€ 67.121,31	
20	064	23/09/2009	16.43	A.S.D. CIRC. NAUTICO V. MIGLIORI	GIULIANOVA	TE	Ferrari Marco Maria	XXIV COPPA PRIMAVERA 2009	30	€ 19.959,00	€ 5.000,00	€ 72.121,31	
21	139	25/09/2009	12.53	Assoc.ne SCANNO OPERATORI TUTTI - ASCOT	SCANNO	AQ	Nolarmuzi Domenico	ROTELLE FORMULA UISP 2009	30	€ 11.382,00	€ 3.414,60	€ 75.535,91	
22	131	26/09/2009	9.00	A.S.D. SPORTING ORTONA C/5	ORTONA	CH	Palermo Antonpiullo	4° QUADRANGOLARE DI CALCIO A5 NATALA 2009	30	€ 11.950,00	€ 3.585,00	€ 79.120,91	
23	112	26/09/2009	12.12	A.S.D. LA PINETA	BORGOROSE	RI	Francesconi Elvira	CAMPIONATO ITALIANO BODY BUILDING AINBB	30	€ 11.000,00	€ 3.540,00	€ 82.660,91	
24	056	25/09/2009	12.23	UISP - COMITATO TERRITORIALE di Pescara	PESCARA	PE	Capozucco Umberto	GRAN FONDO PROVINCIA DI PESCARA	29	€ 19.941,47	€ 5.000,00	€ 87.660,91	
25	186	25/09/2009	12.39	A.S.D. MAJELLA CALCIO	SALLE	PE	Ambrosini Francesco	CALCIO LA FALLA DI CARTONE	29	€ 12.801,89	€ 3.840,57	€ 91.501,48	
26	041	25/09/2009	18.14	A.S.D. BOXING TEAM Simone Di Marco	PESCARA	PE	Di Marco Dario Antonio	TROFEO INTERNAZ. PUGILATO	29	€ 15.300,00	€ 4.590,00	€ 96.091,48	
27	046	25/05/2009	7.54	A.S.D. VALFINO CALCIO	CASTIGLIONE M.R.	TE	D'Agostino Marco	2° TORNEO INDOOR VALDINO SPORT	28	€ 20.000,00	€ 5.000,00	€ 101.091,48	
28	253	09/09/2009	11.14	A.S.D. VAL SILENTE BUSSI	BUSSI SUL TIRINO	PE	Pizzuti Pasquallino	13° MEMORIAL NANDO	28	€ 1.100,00	€ 330,00	€ 101.421,48	
29	212	21/09/2009	10.30	A.S.D. ENDURANCE ABRUZZO	ORSOGNA	CH	Bucci Domenico	ORSONGA ENDURANCE CUP 2009 V MEMORIAL A. PACE	28	€ 4.172,22	€ 1.251,67	€ 102.673,15	
30	204	22/09/2009	11.43	S.S.D. GRUPPO PODISTICO AMATORI TERAMO	TERAMO	TE	Bozzelli Pietro	XXX MARATONA PRETUSIANA	28	€ 25.633,97	€ 5.000,00	€ 107.673,15	
31	076	22/09/2009	16.29	A.S.D. DREAM CHIETI - C/5	CHIETI	CH	Milozzi Massimiliano	QUADRANGOLARE DELLA PACE	28	€ 10.900,00	€ 3.270,00	€ 110.943,15	
32	025	24/09/2009	10.32	A.S.D. CICLO CLUB HOTEL CAMERLENGO	FARA SAN MARTINO	CH	Arufo Michele	12° GRAN FONDO CITTA' DI FARA SAN MARTINO	28	€ 12.003,76	€ 3.601,13	€ 114.544,28	
33	174	25/09/2009	18.00	U.S.A.C.I. POLISPORTIVA VESTINAZZURRO	MONTESILVANO	PE	D'Andrea Andrea	MEMORIAL D'ANDREA FRANCESCO	28	€ 10.500,00	€ 3.150,00	€ 117.694,28	
34	089	26/09/2009	11.13	A.S.D. ABRUZZO EQUITAZIONE	S.GIOVANNI TEATINO	CH	Dell'Arciprete Giovanni	MARATONA A CAVALLO VALLE DEL LUPO	28	€ 12.629,00	€ 3.788,70	€ 121.482,98	
35	265	01/09/2009	12.00	G.S.D. "APRUTINO TERAMO"	TERAMO	TE	Gramsci Donatella	FESTIVAL SUI PATTINI	27	€ 6.900,00	€ 2.070,00	€ 123.552,98	
36	248	08/09/2009	10.14	A.S.D. BEACH TENNIS ABRUZZO	PESCARA	PE	Faenza Ferdinando	CIRCUITO NAZ. BEACH TENNIS TK TOUR 2009	27	€ 20.000,00	€ 5.000,00	€ 128.552,98	
37	006	24/09/2009	12.37	A.S.D. NEW DOGGERS B.S.C. Tollo	TOLLO	CH	Trivarelli Fernando	6° torneo naz. Baseball softball Memorial Gigantele	27	€ 12.000,00	€ 3.600,00	€ 132.152,98	
38	167	26/09/2009	10.29	A.S. TORRE ALEX	CEPAGATTI	PE	Cantò Gianni	3° CAMPUS ESTIVO TORRE ALEX	27	€ 18.000,00	€ 5.000,00	€ 137.152,98	
39	186	26/09/2009	10.47	A.S.D. MOTOCLUB MOTOFOLIE	CANOSA SANNITA	CH	Bersagliere Adamo	APPENNINI ALLE ANDE 2009 IV ED.	27	€ 4.334,80	€ 1.300,44	€ 138.453,42	
40	108	26/09/2009	11.23	RECTA RUPES	POPOLI	PE	Stocchi Firenze	TORNEO PER IL TITOLO NAZ. TIRO BALESTRA MANESCA	27	€ 2.119,67	€ 635,90	€ 139.089,32	

Allegato "A"

N. Pratic. Sportiva	Data	GRA. RACC.	DESCRIZIONE	CITTA'	PROV.	LEGALE RAPPRESENTANTE	DEDENAZIONE RICETTIVA	TOTALE RINTEGRO	TOTALE SPESE SOSTENUTE DA CONTENERE	IMPORTO CONTRIBUTO	DISPONIBILITA' DI BILANCIO	DI ESERCIZIO
41	133	26/09/2009	11.43	A.S. SALTA 05	SAN SALVO	CH	Luciano Gennaro	CAMP.IT. BEACH VOLLEY - SKIPPER BEACH VOLLEY 2009	27	€ 45.757,50	€ 5.000,00	€ 144.089,32
42	275	21/08/2009	9.27	A.S.D. ROLLING PATTINATORI D. BOSICA	MARTINSICURO	TE	Vallese Gianfilippo	18° MEMORIAL D. BOSICA TROFEO INTERNAZIONALE	26	€ 17.010,63	€ 5.000,00	€ 149.089,32
43	044	25/09/2009	9.08	A.S.D. L'AQUILA NUOTO	L'AQUILA	AQ	Carpente Cristiano	VI MEETING SOLIDARIETA'	26	€ 7.050,00	€ 2.115,00	€ 151.204,32
44	045	25/09/2009	10.25	COMUNE DI ROCCARASO	ROCCARASO	AQ	Cipriani Armando	FINALI FIS INTERNATIONAL SKI CARVING CUP WORLD	26	€ 21.459,39	€ 5.000,00	€ 156.204,32
45	109	26/09/2009	10.39	A.S.D. TORRESE	TORRE DE PASSERI	PE	Valerio Mario	12° TROFEO CITTA' DI TORRE DE' PASSERI	26	€ 4.293,10	€ 1.267,93	€ 157.492,25
46	142	28/09/2009	13.29	A.S.D. ASSOCIAZIONE ATLETICA SOLIDALE	SAN SALVO	CH	Casasanta Marcello	TARTUFANDO: ASSAPORA IL GUSTO CORRENDO	26	€ 4.230,99	€ 1.269,30	€ 158.761,55
47	279	06/08/2009	11.15	A.S.D. ACCADEMIA CULTURALE ARTI MARZIALI	TOLLO	CH	Ribello Franco	TROFEO INTERNAZIONE DELLE ARTI MARZIALI	25	€ 17.520,00	€ 5.000,00	€ 163.761,55
48	246	09/09/2009	12.59	A.S.D. COLOGNA SPIAGGIA	ROSETO DEGLI ABRUZZI	TE	Forti Rodolfo	TORNEO INTERN. FEM.M.LE LADY ROSE CUP 6ª	25	€ 21.100,00	€ 5.000,00	€ 168.761,55
49	223	17/09/2009	16.07	A.S.D. EDMONDO VERROCCHIO	PESCARA	PE	D'Innocente Pasquale	2° OPEN INTERNAZ. DI SCACCHI CITTA' DI ALBA ADRIA	25	€ 6.646,86	€ 1.894,06	€ 170.755,61
50	254	09/09/2009	12.49	GRUPPO PODISTICO AMATORIALE	PRATOLA PELIGNA	AQ	Sanfilippi Vittrolo	MEZZA MARATONA DEI TRE COMUNI	24	€ 16.800,00	€ 5.000,00	€ 175.755,61
51	240	11/09/2009	13.04	A.S.D. POLISPORTIVA AMICACCI	GIULIANOVA	TE	D'Angelo Edoardo	11ª EDIZIONE ALL STAR GAME 2009	24	€ 10.400,00	€ 3.120,00	€ 178.875,61
52	221	18/09/2009	8.55	C.O.N.T. COMITATO PROV.LE PESCARA	PESCARA	PE	Imbastaro Enzo	GIOCHI DELLA GIOVENTU'	24	€ 17.643,83	€ 5.000,00	€ 183.875,61
53	080	22/09/2009	15.33	A.S.D. SPORTING	PENNE	PE	Meloqrana Andrea	BILIARDO DI SAN MARTINO	24	€ 11.515,00	€ 3.454,50	€ 187.330,11
54	072	23/09/2009	12.57	COMUNE DI PESCARA	PESCARA	PE	Albore Mascia Luigi	REGATA DEI GONFALONI	24	€ 37.985,46	€ 5.000,00	€ 192.330,11
55	032	24/09/2009	8.56	A.S.D. PESCARA OGAN PALLANANO	PESCARA	PE	Gencibile Elio	TROFEO TOPOLINO	24	€ 7.100,00	€ 2.130,00	€ 194.460,11
56	024	24/09/2009	9.05	AICS Comitato Provinciale Pescara	PESCARA	PE	Massaccesi Luigi	XVIII CORRITALIA - FESTA DELLO SPORT DI	24	€ 3.038,77	€ 911,63	€ 195.371,74
57	087	25/09/2009	9.55	Assoc.ne Culturale ROSAEMENTE	ROSETO DEGLI ABRUZZI	TE	Torzellini Danilo	VOLA VOLA 2009	24	€ 8.000,00	€ 2.400,00	€ 197.771,74
58	093	25/09/2009	13.22	SPORT SUBEQUANA	CASTELVECCHIO SUBEQUO	AQ	Acconcia Francesca	SCOPRI LA SUBEQUANA 2ª EDIZIONE	24	€ 4.250,00	€ 1.275,00	€ 199.046,74
59	104	26/09/2009	12.08	A.S.D. ORIONE	PESCARA	PE	Iacono Matteo	13ª EDI. DELLA 24 ORE DI NUOTO (REGIONALE)	24	€ 5.500,00	€ 1.650,00	€ 200.696,74
60	278	13/08/2009	10.17	SURFERS' BEACH	CANOSA SANNITA	CH	Massimo Primale	2ª REGATA NAZIONALE GIOVANILE WINDSURF 2009	23	€ 6.000,00	€ 1.800,00	€ 202.496,74
61	219	18/09/2009	17.45	A.S.D. AMATORI PODISTI EMNESI	PENNE	PE	Pasqualone Gabriele	XXVI NOTTURNA PENNESE	23	€ 8.456,00	€ 2.538,80	€ 205.033,54
62	215	21/09/2009	10.38	A.S.D. CIRCOLO VELICO "LA SCUFFIA"	PESCARA	PE	Giovanni Marco	VELANDIAMO	23	€ 6.157,20	€ 1.847,16	€ 206.880,70
63	054	22/09/2009	13.54	G.S.D. VOLLEY PESCARA 3	PESCARA	PE	Giovarelli Maccuzzi Luigi	NATIONAL VOLLEY CAMP.	23	€ 38.873,22	€ 5.000,00	€ 211.880,70
64	082	26/09/2009	10.47	A.S.D. GINNASTICA ATHENA	CHIETI	CH	Borrone Roberto	GYMNASTRADA PROVINCIALE	23	€ 5.000,00	€ 1.500,00	€ 213.380,70
65	126	26/09/2009	11.17	A.S. 4 VELE EXTREME	PESCARA	PE	San Martin Calvo Maria Carmen	ABRUZZO CUP 2009 BEACH VOLLEY CHANPIONSHIP	23	€ 20.710,00	€ 5.000,00	€ 218.380,70
66	171	26/09/2009	11.41	A.S.D. HANDBALL GUARDIAGRELE	GUARDIAGRELE	CH	Di Martino Antonino	VIVERE LO SPORT	23	€ 17.000,00	€ 5.000,00	€ 223.380,70
67	144	26/09/2009	11.42	A.S.D. PALLANANO GUARDIAGRELE	GUARDIAGRELE	CH	Di Giuseppe Roberto	VIVERE LO SPORT	23	€ 17.000,00	€ 5.000,00	€ 228.380,70
68	251		12.05	FED. ITAL. TAEKWONDO Com. Reg. Abruzzo FITA	CELANO	AQ	Cotturone Ennio	INTERREGION. D'ABRUZZO DI TAEKWONDO	23	€ 27.200,00	€ 5.000,00	€ 233.380,70
69	264	03/09/2009	10.21	A.S.D. GLI AMICI CONTROGUERRA	CONTROGUERRA	TE	Del Toro Ezio	6ª EDIZ. PEDALATA ECOLOGICA	22	€ 2.150,00	€ 645,00	€ 234.025,70
70	236	14/09/2009	8.59	A.S.D. JUDO KAI SAKURA PESCARA	PESCARA	PE	Trichese Alfredo	5ª TROFEO NAZION. DI JUDO CITTA' DI PESCARA	22	€ 4.667,10	€ 1.400,13	€ 235.425,83
71	259	04/09/2009	14.03	M.SP. ITALIA-COMITATO REGIONALE ITALIA	TERAMO	TE	Standoli Roberto	VII RASSEGNA DELLA DANZA E DELLA COREOGRAFIA	21	€ 2.823,87	€ 847,16	€ 236.272,99
72	163	25/09/2009	12.42	CSI CENTRO SPORT. ITAL. COM.PROV. CHIETI	CHIETI	CH		14ª ED. PASSEGGIATA DI PRIMAVERA ROCK VERITAS	21	€ 13.490,40	€ 4.047,12	€ 240.320,11
73	086	25/09/2009	13.15	A.S.D. ARABONA FISHING CLUB	MANOPPELLO	PE	Bruni Alberto	PESCA AL COLPO A SQUADRE	21	€ 1.136,82	€ 341,05	€ 240.661,16
74	183	26/09/2009	16.47	A.S.D. AMICI DELLA BICI	TERAMO	TE	Stanchieri Gabriele	1ª TROFEO CICLOTURISTICO S. VITTORINO	21	€ 4.500,00	€ 1.350,00	€ 242.011,16
75	274	25/08/2009	10.57	A.P.D. VITA e SPORT SOCIETA' SPORTIVA S.BENEDETTO DEI MARSÌ	CHIETI	CH	Cracelli Ugo	INTERREGIONALE DI NUOTO PER DISABILI	20	€ 8.050,00	€ 2.415,00	€ 244.426,16
76	220	19/09/2009	11.23	SOCIETA' SPORTIVA S.BENEDETTO DEI MARSÌ	AQ	Raglione Vinicio	13ª ED. MEMORIAL F.FRAGASI	20	€ 2.360,00	€ 708,00	€ 245.134,16	
77	071	23/09/2009	9.23	BWA PROMOV. SPORT E SPETTACOLO	VASTO	CH	Borrelli Nicola Maria	BWA TOUR 2009 SPORT ARTE MUSICA SPETTAC.	20	€ 70.000,00	€ 5.000,00	€ 250.134,16
78	200	23/09/2009	9.29	A.S.D. CISM CICLISMO MONITORIO	MONITORIO AL VOMANO	TE	Di Felice Ardente Roberto	GIRO GRAN SASSO MONTI LAGA	20	€ 9.001,25	€ 2.700,38	€ 252.834,54
79	069	23/09/2009	10.47	A.S.D. VIRTUS PRATOLA CALCIO	PRATOLA PELIGNA	AQ	Tofano Giovanni	TORNEO GIOVAN. CALCIO MARIA SS. MADONNA DELLA GARA DELLE CARRETTE IN NOTTURNA	20	€ 13.428,00	€ 4.028,40	€ 256.862,94
80	079	23/09/2009		A.S.D. AMICI PER LO SPORT	MOSCUFO	PE	Di Zio Franco		20	€ 2.985,00	€ 895,50	€ 257.758,44
81	129	25/09/2009	17.46	A.S.D. KICKBOXING	PESCARA	PE	D'Amico Diana	KICKBOXING EXPLOSION VIII	20	€ 55.125,12	€ 5.000,00	€ 262.758,44
82	159	26/09/2009	11.08	G.S. DIL TORRE SPES	TORRE DE PASSERI	PE	Breda Sergio Donato	1ª TROFEO CITTA' DI TORRE DE' PASSERI	20	€ 11.434,03	€ 3.430,21	€ 266.188,65
83	257	08/09/2009	12.42	A.S.D. IREBANA JUDO	LANCIANO	CH	Salvatore Anita	JUDO IN FESTA 1ª EDIZIONE	19	€ 5.700,00	€ 1.710,00	€ 267.898,65
84	196	23/09/2009	10.49	A.S.D. BASEBALL CLUB TERAMO	TERAMO	TE	Carnovale Mauro	FESTA DEL BASEBALL	19	€ 3.000,00	€ 900,00	€ 268.798,65
85	021	23/09/2009	12.50	A.S.D. CASTRUM	GIULIANOVA	TE	Meloni Tintape Lavinia	MANIF. NAZ "UNA ROSA PER LA VITA XVIII"	19	€ 4.775,75	€ 1.432,73	€ 270.231,38
86	081	26/09/2009	9.06	A.S. ISWARAMMA DOJO	ORTONA	CH	Nervegna Luigi	NATALE DEL BUDO	19	€ 6.000,00	€ 1.800,00	€ 272.031,38



Allegato "A"

NUM. PROT. REGIONALE	NUM. PROT. PROVINCIALE	DATA	ORA INIZIO	DENOMINAZIONE	CITTA'	PROV.	LEGALE RAPPRESENTANTE	DENOMINAZIONE IN CITTA'	TOTALE PARTECIPAZIONE	TOTALE SPESE SOFFERTE DA COSTITUENTE	APPORTO CONTRIBUTO	DISPONIBILITA' DI BILANCIO	DI PREVEDI
87	189	26/09/2009	11.40	COMITATO PROVINCIALE IAICS	TERAMO	TE	Malatesta Erminia	5° MEMORIAL INTERREG. ATLETICA LEGG.	19	€ 8.000,00	€ 2.480,00	€ 274.431,38	
88	146	26/09/2009	11.48	A.S.D. REAL CEANO	CELANO	AQ	D'Alessandro Giovanni	INTERNAZIONALE CITTA' DI CELANO	19	€ 16.000,00	€ 4.800,00	€ 279.231,38	
89	162	26/09/2009	12.17	A.S.D. H 24	TERAMO	TE	Di Salvatore Filippo Claudio	TAVOLO CITTA'DI TERAMO 09	19	€ 15.000,00	€ 4.500,00	€ 283.731,38	
90	193	24/09/2009	11.38	UISP COMITATO TERRITORIALE L'AQUILA A.S.D. CIRCOLO AMATORI BILIARDO	L'AQUILA	AQ	Federni Paola Francesca	CAMPO DEL GIOCO - MOTO GARA INTERREGIONALE DI BILIARDO (TAPPA CAMP IT)	18	€ 21.180,16	€ 5.000,00	€ 288.731,38	
91	123	25/09/2009	17.33	AILPS - CIRCOLO COMUNALE PESCA SPORTIVA - LA TORRE	TORRE DE PASSERI	PE	D'Assanoro Giovanni	GIORNATA PISCATORIA DEL DISABILE	18	€ 2.575,78	€ 772,73	€ 294.504,11	
92	143	26/09/2009	9.14	A.S.D. PESCATORI VALLE DEL SANGRO AVENTINO	ALTINO	CH	D'Alonzo Marino	TROFEO SERIE A GIRONDE PESCA ALLA TROTA	18	€ 1.225,00	€ 367,50	€ 294.871,61	
93	157	26/09/2009	10.46	Assoc.ne PRO LOCO MAGLIANO DEI MARSII	MAGLIANO DEI MARSII	AQ	Scalfati Franco	A MAGLIANO DI CORSA	17	€ 6.610,00	€ 1.983,00	€ 296.854,61	
95	228	16/09/2009	8.35	A.S.D. SCI CLUB BARREA COMUNE DI SANTA MARIA IMBARO	BARREA	AQ	Scamecchia Luigi	PRIMA GARA PODISTICA NEL COMUNE IN MEM. VARRANTI	17	€ 16.109,83	€ 4.832,95	€ 301.687,56	
96	070	23/09/2009		A.S.D. ATLETICA ALTO SANGRO	SANTA MARIA IMBARO	CH	Romagnoli Nicola	CASTELLO TOUR	17	€ 2.940,00	€ 882,00	€ 302.569,56	
97	042	25/09/2009	10.17	Assoc.ne CIRCOLO IL BUIONGVERNO	CASTEL DI SANGRO	AQ	Di Cino Quirino	ATTORI C/ RAPP. TERREMOTAT	17	€ 6.087,50	€ 1.826,25	€ 304.395,81	
98	095	26/09/2009	11.05	Assoc.ne CULTURALE LA FONTE	L'AQUILA	AQ	Maltucci Francesco	FESTA DI MAGGIO ADRIATIC CHALLENGER ORC INTERNAIONAL	17	€ 6.800,00	€ 2.040,00	€ 306.435,81	
99	095	26/09/2009	11.59	CLUB NAUTICO PESCARA	MOSCUFJO	PE	D'Anastasio Carlo	MEMORIAL ROBERTA FOGLIA - 7° EDIZIONE	17	€ 2.075,44	€ 622,63	€ 307.058,44	
100	051	25/09/2009	6.52	ROSETO DEGLI ABRUZZI	PESCARA	PE	Leone Luciano	CAMP. REGIONALE FIHP PATTINAGGIO ARTIST. A ROTELLE	16	€ 20.960,00	€ 5.000,00	€ 312.058,44	
101	242	09/09/2009	12.59	A.S.D. ROBERTA FOGLIA	ROSETO DEGLI ABRUZZI	TE	Gloglia Bruno	6° TROFEO PODISTICO CITTA' DEL VASTO	15	€ 15.724,76	€ 4.717,43	€ 316.775,87	
102	245	11/09/2009	10.57	A.S.D. EUROSOKATING PESCARA	PESCARA	PE	Brindisi maria Cristina	TORNEO DI CALCIO CITTA' DI ROSETO 38° EDIZ	15	€ 4.225,42	€ 1.267,63	€ 318.043,50	
103	216	19/09/2009	8.31	A.S.D. PODISTICA VASTO	VASTO	CH	D'Angelo Luigi	UN CANESTRO PER LA SPERANZA	15	€ 7.770,00	€ 2.331,00	€ 320.374,50	
104	022	23/09/2009	12.51	A.S.D. TUTANKAMON	ROSETO DEGLI ABRUZZI	TE	Ginoble Paolo	TORNEO CALCETTO PER RAGAZZI	15	€ 6.500,00	€ 1.950,00	€ 322.324,50	
105	030	24/09/2009	10.19	A.S.D. BASKET 2K5	L'AQUILA	AQ	Fugaro Gian Luca	1° TORNEO ASD CUORE ABRUZZO	15	€ 13.000,00	€ 3.900,00	€ 326.224,50	
106	020	24/09/2009	10.57	Assoc.ne CULTURALE RICREATIVA LA STRACCA	ATRI	TE	Sfreda Diego	1° TORNEO GIOV. CALCIO A 5 AMATORIALE CITTA' PINETI VOLLEY ALL'OMBRA DELLA MAIELLA	15	€ 17.939,89	€ 5.000,00	€ 331.224,50	
107	033	25/09/2009	10.46	A.S.D. CUORE ABRUZZO	PESCARA	PE	Ortolano Giacomo	XIX CALLARO' DI FINE STAGIONE	15	€ 10.571,00	€ 3.171,30	€ 334.395,80	
108	121	25/09/2009	16.43	A.S.D. CENTRO SPORTIVO ASI "Gli Oleandri"	PINETO	TE	Spinuzzi Luisina Marisa	CICLO FONDO DEL LAGO DI BOMBA	15	€ 3.950,00	€ 1.185,00	€ 335.580,80	
109	130	26/09/2009	11.55	A.S.D. VOLLEY SCAFA	SCAFA	PE	Di Fiore Giuliano	TORNEO TENNIS VI CATEGORIA	15	€ 8.800,00	€ 2.940,00	€ 338.520,80	
110	269	26/09/2009	10.24	A.S.D. LU CALLARO'	TORANO NUOVO	TE	Lignini Domenico	torneo basket Memorial Gianluca Malandra	14	€ 8.000,00	€ 2.400,00	€ 340.920,80	
111	261	04/09/2009	9.05	G.S. AMICI DELLA BICI	ROCCASCALEGNA	CH	Zinni Mario	SUL SENTIERO DI CORRADINO DI S	14	€ 8.062,33	€ 2.418,70	€ 343.339,50	
112	263	04/09/2009	12.01	A.S. CIRCOLO TENNIS D.L.F. SULMONA	SULMONA	AQ	Di Girolamo Gabriele	torneo basket Memorial Gianluca Malandra	14	€ 792,24	€ 237,67	€ 343.577,17	
113	013	14/09/2009	12.12	A.S.D. MAGIC BASKET CHIETI	CHIETI	CH	Ponente Antonella	torneo basket Memorial Gianluca Malandra	14	€ 9.745,76	€ 2.923,73	€ 346.500,90	
114	208	21/09/2009	10.46	COMUNE DI SANTE MARIE	SANTE MARIE	AQ	Nanni Giovanni	PREMI P. DE PAULIS E COPPA	14	€ 3.130,10	€ 839,03	€ 347.439,93	
115	206	22/09/2009	10.23	COMUNE DI LANCIANO	LANCIANO	CH	Paolini Filippo	SPORT IN PIAZZA 2009	14	€ 15.000,00	€ 4.500,00	€ 351.939,93	
116	195	22/09/2009	12.46	A.S.D. ECOLOGICA " G "	GIULIANOVA	TE	Chioldi Luigi	5° MEETING NAZ. GIOVANILE ATLETICA LEGGERA	14	€ 8.268,48	€ 2.480,54	€ 354.420,47	
117	074	23/09/2009	9.06	PROVINCIA DI PESCARA	PESCARA	PE	Testa Guerino	CICLISTICA PROVINCIA DI PESCARA	14	€ 19.945,22	€ 5.000,00	€ 359.420,47	
118	197	23/09/2009	9.49	CIRCOLO NAUTICO "ALBA ADRIATICA"	ALBA ADRIATICA	TE	Del Toro Marcello	VELE DI MAGGIO 2009 CLASSE MATTIA.ESSE	14	€ 4.995,82	€ 1.498,75	€ 360.919,22	
119	067	23/09/2009	11.34	A.S.D. SVOLTE DI POPOLI	POPOLI	PE	De Angelis Giuseppe	47° CRONOSCALATA SVOLTE DI POPOLI	14	€ 30.853,30	€ 5.000,00	€ 365.919,22	
120	023	24/09/2009	9.28	A.S. EX CORRIDORI SPORT. CICLISTI ABRUZZESI	PESCARA	PE		DELLA RINASCITA POGGIO PINENZE	14	€ 4.286,03	€ 1.285,81	€ 367.205,03	
121	011	24/09/2009	10.53	Assoc.ne PRO-LOCO LUCA DEI MARSII	LUCO DEI MARSII	AQ	Venditti Marcello	3° edizione 6 ore nella città di Anagiza 2009	14	€ 7.979,68	€ 2.393,90	€ 369.598,93	
122	043	25/09/2009	9.07	S.D.S. SPECIALISTI DELLO SPORT s.s. diil. ARL	L'AQUILA	AQ	Longhi Antonella	PREMI P. DE PAULIS E COPPA	14	€ 7.037,30	€ 2.111,19	€ 371.710,12	
123	116	25/09/2009	10.46	A.S.D. CHIETI BASKET	CHIETI	CH	Di Masso Cesidia	5° TORNEO GIOV. CITTA' DI CHIETI 2° MEMORIAL GIULI	14	€ 2.409,10	€ 722,73	€ 372.432,85	
124	164	26/09/2009	9.06	A.S.D. - U.S. PESCOCCOSTANZO	PESCOCCOSTANZO	AQ	Colanarino Giovanni	COPPA C.NE DI PESCOCCOSTANZO	14	€ 3.161,82	€ 948,55	€ 373.381,40	
125	185	26/09/2009	10.12	A.S.D. ECOMARATONA DEI MARSII	CIVITELLA ROVETO	AQ	Scalisi Luciano	TRAIL DELLA ROSCETTA	14	€ 5.300,00	€ 1.590,00	€ 374.971,40	
126	176	26/09/2009	10.30	A.S.D. GYMICA TEATE UNIONE SPORTIVA ACLI ABRUZZO	COLLELONGO	AQ	Manna Annamaria	14° ED. ECOMARATONA DEI MARSII	14	€ 13.045,01	€ 3.913,50	€ 378.884,90	
127	101	26/09/2009	11.55	A.S.D. GYMICA TEATE UNIONE SPORTIVA ACLI ABRUZZO	CHIETI	CH	Antonelli Maurizio	TROFEO REG. MSP ITALIA SPORT PER TUTTI	14	€ 1.350,00	€ 405,00	€ 379.289,90	
128	153	26/09/2009	11.56	A.S.D. GYMICA TEATE UNIONE SPORTIVA ACLI ABRUZZO	PESCARA	PE	Tritiella Niccolò	FESTA D'AUTUNNO US ACLI ECOSPORT	14	€ 1.500,00	€ 5.000,00	€ 384.289,90	
129	152	26/09/2009	12.00	A.S.D. VOLLEY TORANO	TORANO NUOVO	TE	Di Brandimarte Mario Jose	7° TORNEO INTERNAZIONE TROFEO DEL 25°ESIMO	14	€ 18.450,00	€ 4.935,00	€ 389.224,90	
130	119	26/09/2009	16.46	A.S.D. ACQUAVIVA NUOTO TERAMO	TERAMO	TE	Colangetti Donato	3° MEMORIAL PINO PECORALE	14	€ 3.900,00	€ 1.170,00	€ 390.394,90	
131	230	16/09/2009	10.24	A.S.D. POLISPORTIVA ROBUR PESCARA	PESCARA	PE	Mezzadri Giacomo	BEACH CUP PIU' SPORT MENO ALCOL	13	€ 1.606,88	€ 482,06	€ 390.876,96	
132	231	16/09/2009	12.00	A.S.D. CIRCOLO TENNIS SILVI	SILVI MARINA	TE	Di Bernardino Silvestro	CAMPIONATI ASSOLUTI INDOO 3° EDIZIONE	13	€ 14.300,00	€ 4.290,00	€ 395.166,96	



Allegato "A"

Pos. Class. 2009	Pos. Class. 2010	Data Inizio	Data Fine	ORA RAC.	DEGNIAZIONE	CITTA'	PROV.	LEGALE RAPPRESENTANTE	DEGNIAZIONE RICATIVA	TOTALE PRATEGICO	TOTALE SPESE SOSTENUTE O DA SOSTENERE	IMPORTO CONTRIBUTO	DISPONIBILITA' ELABORAZIONE	BI IMPREV.
180	099	28/09/2009	11.11		COMUNE DI TURRIVALIGNANI	TURRIVALIGNANI	PE	Di Cecco Roberto	SLALOM ABRUZZO CITERIORE TROFEO CITTA' TURRIVALIGNANI	8	€ 11.000,00	€ 3.300,00	€ 520.038,17	
181	259	07/09/2009	10.25		A.D. NUOVA SANGRO BASKET	CASTEL DI SANGRO	CH	Fantone Narselo	TORNEO DI BASKET E ON E CASTELLO 09	6	€ 816,47	€ 244,94	€ 520.283,11	
182	019	24/09/2009	12.05		Assoc.ne CULTURALE TEATRO D'ABRUZZO	SAN BUONO	CH	Paganelli Dino Albarto	CAMMINI DI FEDE: TREKKING TRA SACRO E	6	€ 4.550,00	€ 1.365,00	€ 521.648,11	
183	004	25/09/2009	11.55		A.S.D. CASTEL FRENTANO VOLLEY	CASTEL FRENTANO	CH	Spadano Pietro Paolo	II torneo minivolley città Castel Frentano	6	€ 4.900,00	€ 1.470,00	€ 523.118,11	
184	084	25/09/2009	12.41		A.S.D. LA ROCCA SERRACANDIDA	L'AQUILA	AQ	De Sanctis Giuseppe	ABRUZZO TOUR DE SKY 2° TAPPA SPRINT DELLA	6	€ 1.881,12	€ 564,34	€ 523.682,45	
185	117	25/09/2009	17.35		A.S.D. ERRESSEVENTI	PESCARA	PE	Repetto Giuseppe	CAMPUS ESTIVO 2009	6	€ 16.000,00	€ 4.800,00	€ 526.482,45	
186	128	25/09/2009	17.46		A.S.D. NUOVA ATLETICA LANCIANO	LANCIANO	CH	Giancristofaro Michelino	CAMPIONATO REGIONALE DI SOCIETA' SU PISTA	6	€ 2.662,46	€ 799,74	€ 529.281,19	
187	178	26/09/2009	9.46		A.S.D. SAMMI SKATE	CHIETI	CH	Luchetti Lucia	D'ABRUZZO 2° TROFEO REG. M	6	€ 8.950,00	€ 2.685,00	€ 531.966,19	
188	140	26/09/2009	10.22		A.S.D. SUMMER CUP	CASTELLALTO	TE	D'Ostilio Fabiano	VII TROFEO DELLE CONTRADE	6	€ 4.289,57	€ 1.286,87	€ 533.253,06	
189	089	26/09/2009	11.35		A.S.D. TEATE SPLASHING	CHIETI	CH	Puodu Gianfranco	CAMPIONATI REGIONALI ESTIVI DI NUOTO	6	€ 21.326,30	€ 5.000,00	€ 538.253,06	
190	105	26/09/2009	11.36		CULTURALE INSIEME PER FARE	NOTARESCO	TE	Fagioli Piermarco	1° TORNEO CALCIO BALILLA UMANO E NON SOLO	6	€ 7.235,45	€ 2.170,64	€ 540.423,70	
191	102	26/09/2009	11.40		Assoc.ne CULTURALE PARALLELO VESTINO	CIVITELLA CASANOVA	PE	Granchelli Alessio	PASSEGGIATA ECOLOGICA REGIONALE	6	€ 2.300,00	€ 690,00	€ 541.113,70	
192	151	26/09/2009	8.14		A.S.D. POLISPORTIVA P. CAPPELLUTI	GIULIANOVA	TE	Castiglione Francesco	PROGETTOSCHERMA SCUOLA	4	€ 5.000,00	€ 1.500,00	€ 542.613,70	
193	181	26/09/2009	12.27		Soc.Coop.Sportiva Dilettantistica TIE-BREAK	PENNE	PE	Baroni Paolo	GARA FEDERALE GRAN PRIX PROPAGANDA 2° PROVA	4	€ 15.897,00	€ 4.769,10	€ 547.382,80	
194	009	24/09/2009			COMUNE DI MIGLIANICO	MIGLIANICO	CH	De Marco Dino	torneo cittadino di calcio	2	€ 1.680,00	€ 504,00	€ 547.886,80	
195	147	25/09/2009	9.59		A.S.D. LIBERTAS ATLETICA RAPINO	RAPINO	CH	Fosco Luigi	TROFEO PAPERINO PASSEGGIATA AMATORIALE	2	€ 750,00	€ 225,00	€ 548.111,80	
												€ 548.111,80		

Pescara 11 AGO. 2010

Il Responsabile dell'Ufficio
(Arch. Carlo Camisconi)
Carlo Camisconi

Il Dirigente
(Dott.ssa Alba Grossi)



Allegato "B"

REGIONE ABRUZZO
RIFORME ISTITUZIONALI, ENTI LOCALI, BILANCIO, ATTIVITA' SPORTIVE
SERVIZIO SPORT E IMPIANTISTICA SPORTIVA

L.R. 10.09.1993 n° 56 - artt. 21 e 22

Concessione contributi per l'organizzazione e lo svolgimento di iniziative di carattere sportivo-ricreative del tempo libero anno 2009
ELENCO ESCLUSI

N. Posiz. Graduatoria	N. Manifest. Pratica	DATA RACC.	ORA RACC.	DEDENOMINAZIONE	CITTA'	PROV.	LEGALE RAPPRESENTANTE	DEDENOMINAZIONE INIZIATIVA	MOTIVAZIONI
1	001	25/09/2009	8.30	A.S.D. CICLILAGA II	TERAMO	TE	Crocetti Vittorio	9° manif. Internaz. Gran fondo Parco Naz. Gran Sas	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
2	035	25/09/2009	12.12	PROGETTO BASEBALL TERAMO	ATRI	TE	Pavone Cesare	FINALE NAZIONALE CATEGORIA ALLIEVI UNDER 14	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
3	016	24/09/2009	10.43	A.S.D. CLUB METROPOLITAN	SAN GIOVANNI TEATINO	CH	Piccardi Piera	dal movimento al tuo corpo	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
4	057	25/09/2009	8.02	S.P.D. AMITERNINA	L'AQUILA	AO	Colaninri Maurizio	III MERRY CHRISTMAS AMITERMINA	MANIFESTAZIONE SVOLTA NEL 2008
5	026	24/09/2009	13.05	A.S.D. VIRUS DANCE CLUB	ATESSA	CH	Tumini Nicola	SAGGIO DI DANZA	NON RIENTRA TRA LA MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
6	149	25/09/2009	12.30	A.S.D. MONTEREALE CALCIO 1970	MONTEREALE	AO	Ottaviani Ernesto	TORNEO DI CALCETTO MEMORIAL R. TOZZI	MANIFESTAZIONE DEL 2008
7	036	24/09/2009	9.23	A.S.D. ARMONY	ORTONA	CH	Senorchia Cristian	FESTA EUROPEA DELLA GINN. E XI TROFEO INTERN. GYM	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
8	095	24/09/2009	16.03	A.S.D. SCI CLUB TERAMO	TERAMO	TE	Cingoli Ennio	CAS corso alpinestrm. Sei alpino bamb., rag. Adulti	CORSO STAGIONALE AVVIAMENTO E PERFEZIONAMENTO
9	010	24/09/2009	10.56	Assoc.ne PRO-LOCO Luco dei Marsi	LUCO DEI MARSII	AO	Venditti Marcello	1° edizione A spasso nel tempo	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
10	052	23/09/2009	10.16	A.S.D. AMATORI SERAFINI	SULMONA	AO	Carozza Luigi	CAMPIONATO IT. ASSOLUTO DI SOCIETA' - FINALE ARGENT	CAMPIONATO - MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
11	018	24/09/2009	13.40	COMUNE DI MONTESILVANO	MONTESILVANO	PE	Corioma Pasquale	MONTESILVANO ESTATE 2009	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
12	100	23/09/2009	11.31	CSP - COMITATO PROVINCIALE TERAMO	TERAMO	TE	De Marcellis Angelo	CAMPIONATO NAZ. DI CALCIO A 11 CSI	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - CAMPIONATO
13	051	24/09/2009	12.56	AVIS COMUNALE MONTEBELLO DI BERTONA	MONTEBELLO DI BERTONA	PE	Pavone Alessandra	CASTAGNATA EDIZIONE 2009	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
14	055	25/09/2009	15.41	POLISPORTIVA ELICE	ELICE	PE	Tafuri Antonio	ANZIANI SPORT E SALUTE	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI (CORSO)
15	272	26/09/2009	9.11	COMUNE DI ORSOGNA	ORSOGNA	CH	D'Alessandro Alessandro	1° INCONTRO LE DOMENICHE AL PARCO IN MOUNTAIN BIKE	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
16	273	26/09/2009	9.11	COMUNE DI ORSOGNA	ORSOGNA	CH	D'Alessandro Alessandro	1° TORNED TENNISALUTE	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
17	271	26/09/2009	9.12	COMUNE DI ORSOGNA	ORSOGNA	CH	D'Alessandro Alessandro	1° PASSEGGIATA ECOLOGICA PADRE ACHILLE FOSCO	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
18	267	26/09/2009	9.55	A.S.D. ATLETICA VOMANO	MORRO D'ORO	TE	D'Ambrosio Ferruccio	SOGNO MONDIALI	MANCA PIANO FINANZIARIO DELLE SPESE
19	268	29/09/2009	12.31	A.S.D. CAMPO DI FANO CALCIO	PREZZA	AO	Giammarco Angelo	CAMPIONATO REGIONALE DI CALCIO SECONDA CATEGORIA	CAMPIONATO DI CALCIO ANNUALE
20	262	03/09/2009	14.28	COMITATO PROVINCIALE UDACE	TERAMO	TE	Di Giovanni Raffaele	2° GRAN FONDO CITTA' DI COLONNELLA	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
21	256	05/09/2009	11.45	PRO LOCO COLENZIA	CELENZA SUL TRIGNO	CH	Di Nocco Ilaria	TRACTORIUS	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
22	252	09/09/2009	12.50	Assoc.ne PRO LOCO SAN BUONO	SAN BUONO	CH	Zerra Nicola	RIEVOCAZIONE STORICA S. BUONO ED I SUOI FEUDATARI	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
23	249	09/09/2009	10.11	A.S.D. ROLLING PATTINATORI D. BOSICA	MARTINSICURO	TE	Vallese Gianfranco	4° MARATONA INTERNAZIONALE ITALIAN CUP 2009	II MANIFESTAZIONE
24	244	11/09/2009	10.32	A.S.D. PASSIONE CELANO VOLLEY	CELANO	AO	Stornelli Anselmo	CAMPIONATO REGIONALE DI PALLAVOLO - SERIE D MASCHI	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - CAMPIONATO
25	239	14/09/2009	9.31	A.S. DINAMOS CELANO	CELANO	AO	Dionelli Angelo	TAE-KWANDU ABRUZZO	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI (PARTECIPAZIONE A VARIE GARE)
26	238	14/09/2009	10.33	COMUNE DI VILLAMAGNA	VILLAMAGNA	CH	Nicolò Paolo Rosario	92° GIRO D'ITALIA	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
27	232	14/09/2009	13.45	SUSKI SCI CLUB SULMONA	SULMONA	AO	Sciariuto Massimo	CORSO SCI COPPA BOSTIK TROFEO PRINCIPIANTI	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI (CORSO DI 3 MESI CON GARE FINALI)
28	234	15/09/2009	9.44	UISP COMITATO REGIONALE ABRUZZO	PESCARA	PE	Carilli Alberto	SPORTIVA...MENTE	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI (CAMPIONATO DI CALCIO)
29	229	16/09/2009	11.28	A.S.D. AMITERNUM JUDO L'AQUILA	TORNIMPARTE	AO	Desideri Aldo	11° TROFEO INTERNAZIONALE DI JUDO IN CITTA'	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
30	224	17/09/2009	11.51	Assoc.ne PRO LOCO SAN BUONO	SAN BUONO	CH	Zerra Nicola	RAPPRESENTAZIONE PRESEPE VIVENTE	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
31	222	17/09/2009	12.15	ASSOCIAZIONE VALORE CONDIVISO	S. EUSANIO DEL SANGRO	CH	Sciaccia Costantino	SUONI CONDIVISI 2009	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
32	225	17/09/2009	16.07	A.S.D. EDMONDO VERROCCHIO	PESCARA	PE	D'Innocenzo Pasquale	1 WEEKEND EDMONDO VERROCCHIO	II MANIFESTAZIONE
33	218	19/09/2009	10.33	A.S.D. VESTINA KARATE CLUB	PENNE	PE	Ergolino Rossana	PROGETTO KARATE SPORT A SCUOLA	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI (PROGETTO SCUOLA)
34	211	21/09/2009	9.23	COMUNE DI TERAMO	TERAMO	TE	Campagna Guido	ALLESTIMENTO TEMPORANEO DI SEDE PER DIVERSE MANIF	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI (ALLESTIMENTO SEDE)
35	214	21/09/2009	12.36	A.S.I. COMITATO PROVINCIALE	PESCARA	PE	Pilucci Genesio	6° EDIZ. MEMORIAL MARCO MASONI CALCIO	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
36	203	22/09/2009	10.34	A.S.D. GYMNASIUM - Schema Club	RAIANO	TE	Meca Quintino	SCHERMANDO NEL PARCO	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI (CAMPIONATO 6 MESI)
37	210	22/09/2009	12.03	A.S.D. BURRACOTERAMO	GIULIANOVA	TE	Cosenza Ennio	BURRACO SOTTO LE STELLE DELL'ADRIATICO	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
38	078	22/09/2009	12.17	COMUNE DI CANISTRO	CANISTRO	AO	Mariani Angelo	ECONOMICAMENTE	NON E' MANIFESTAZIONE SPORTIVA



Allegato "B"

NUM. PROT. REGIONALE	NUM. PRATICA	DATA RACC.	ORA RACC.	DENOMINAZIONE	CITTA'	PROV.	LEGALE RAPPRESENTANTE	DENOMINAZIONE INIZIATIVA	MOTIVAZIONI
39	075	22/09/2009	13.06	A.S.D. CUS - CENTRO UNIV. SPORTIVO - TE	TERAMO	TE	Aprile Nicola	TORNEO INTERNAZIONALE DI CALCIO A 5	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - TORNEO
40	077	23/09/2009	9.24	BWA PROMOZ. SPORT E SPETTACOLO	VASTO	CH	Borelli Nicola Maria	ESIBIZIONE MASCHILE BEACH VOLLEY VASTO 21-23-AGOSTO 2009	II MANIFESTAZIONE
41	038	23/09/2009	16.35	GRUPPO PODISTICO * CLUB AZZURRO	ROSETO DEGLI ABRUZZI	TE	Talamonti Luigi	XXXIII PASSEGGIATA DI PRIMAVERA	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010 - MANCA DOCUMENTO IDENTITA'
42	027	24/09/2009	6.49	A.I.A.S. Sez. di LANCIANO ONLUS	LANCIANO	CH	Di Sebastiano Cinzia	DISABILITA': QUALE SPORT NELLA VITA?	NON RIENTRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - ATTIVITA' DI PREPARAZIONE ATLETI
43	014	24/09/2009	9.49	A.S.D. SCI CLUB ROCCARASO	ROCCARASO	AO	Di Natale Amedeo	campionato italiano giovani	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010 - MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
44	066	24/09/2009	10.14	A.S. TENNIS CLUB CELANO	CELANO	AQ	Contestabile Emilio	4° TORNEO SS. MARTIRI DI TENNIS 4° CAT. FIT	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
45	065	24/09/2009	10.24	A.S.D. VIRTUS TERAMO	TERAMO	TE	Di Antonio Filippo	FITNESS DAY	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
46	202	24/09/2009	10.46	A.S.D. ENS TERAMO	TERAMO	TE	Pallini Pierre	IMPARA A PESCA CON NOI II EDIZIONE	II MANIFESTAZIONE
47	037	24/09/2009	10.49	A.S. TORREBRUNA	TORREBRUNA	CH	Micelli Giovanni	CAMPIONATO PROVINCIALE DI II CATEG. - COPPA ABRUZZ	CONTRIBUTO PER CAMPIONATO E NON PER MANIFESTAZIONE
48	062	25/09/2009	8.52	CLUB NAUTICO PESCARA	PESCARA	PE	Lenno Luciano	CAMPIONATO PRIMAVERILE 2009	SECONDA MANIFESTAZIONE
49	039	25/09/2009	10.32	COMUNE DI TERAMO	TERAMO	TE	Carpana Guido	SPORTISSIMAMENTE. LO SPORT SOTTO LE STELLE	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - MANCA DOCUMENTO IDENTITA'
50	006	25/09/2009	10.50	A.S.D. SCI CLUB PRETORO	PRETORO	CH	Parseo Fabio	V Trofeo Majella gara naz. sci masc. Fem.	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
51	058	25/09/2009	11.41	A.S.D. SCONVOLTS PESCARA	PESCARA	PE	D'Andrea Matteo	4° TORNEO DELL'AMICIZIA	MANIFESTAZIONE FUORI REGIONE
52	137	25/09/2009	12.47	A.S.D. VIRTUS MAJNA C/5	VILLAMAGNA	CH	Masciulli Fernando	CAMPIONATO REGIONALE C5 SERIE C2	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - CAMPIONATO
53	047	25/09/2009	12.53	SCI CLUB OVINDOLI A.D.	OVINDOLI	AO	Pierleoni Gaetano	FIS COPPA ITALIA GARE DI SLALOM	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
54	155	25/09/2009	12.55	A.S.D. WORLD FOOTBALL SERVICE	SAN SALVO	CH	Silvestri Pasquale	1° CONVEGNO AUTUNNALE SUL CALCIO GIOVANILE	AMMISSIBILI - CONVEGNO MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
55	173	25/09/2009	15.33	A.S.D.R.C. PALESTRA GYMNSIUM 2000	GIULIANOVA	TE	Iobbi Luigi	SALUTE E DIFESA DELL'ANZIANO	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
56	169	25/09/2009	15.33	A.S.D. EMMELLE NACA HANDBALL	TERAMO	TE	Tanzi Gianni	2° TROFEO TEKNOELETTRONICA PALLAMANO MASCHILE	II MANIFESTAZIONE
57	136	25/09/2009	16.33	A.S.D. VIRTUS COLONNETTA	MONTESILVANO	PE	Casale Alfonso	18° COPPA MARESME 2009	MANIFESTAZIONE FUORI REGIONE
58	172	25/09/2009	16.51	A.S.D. TEATE 88 ENS CHIETI	CHIETI	CH	Di Stefano Andrea	TORNEO NAZIONALE CALCIO A 5 SORDI	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - CAMPIONATO
59	125	25/09/2009	17.00	A.S.D. LA PLAYA DELLO SPORT	ORTONA	CH	Nardone Luca	SPORT AND MUSIC DAY 4° EDIZIONE	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
60	118	25/09/2009	17.35	A.S.D. GOLD	PESCARA	PE	De Gabrielis Stefano	CONVEGNO SULLA FISCALITA E RESPONSABILITA' SOC. SP	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - CONVEGNO
61	179	25/09/2009	17.48	Assoc.ne POLISPORTIVA DILETTANTISTICA AVEZZANO	AVEZZANO	AO	Tomaselli Raffaele	FESTA DEL TENNIS	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
62	158	26/09/2009	8.47	PROTEZIONE CIVILE VALTRIGNO	SAN SALVO	CH	Di Fiore Saverio	FESTA PROTEZIONE CIVILE 2009	NON RIENTRA TRA LA MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
63	182	26/09/2009	9.39	G.S. CORDIGERI VOLLEY	GUARDIAGRELE	CH	Marsibillo Gianfranco	RAD. REG. CENTRI AVVIAM SPORT R.A. JUNIOR STAR VOL	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
64	083	26/09/2009	10.04	A.S.D. VILLA RASPA 65	SPOLETTORE	PE	Di Rienzo Raimondo	TORNEO DI CALCIO GIOVANILE '1 MIEI PRIMI 15 ANNI'	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
65	135	26/09/2009	10.23	POLISPORTIVA DIL. CENTROCAMPO	CHIETI	CH	Di Prato Roberto	MASTER DI ALTA PRESTAZIONE 2009	MANCA DOCUMENTI DI IDENTITA'
66	110	26/09/2009	10.44	A.S.D. CALCIO GUASTAMEROLI	FRISA	CH	Lanci Manola	UNA AMICHEVOLE PER L'AQUILA	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
67	115	26/09/2009	11.05	A.S.D. MONTEBELLO CALCIO	MONTABELLO DI BERTONA	PE	Della Monache Tonino	CAMPIONATO DI CALCIO	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - CAMPIONATO
68	167	26/09/2009	11.11	IL MELOGRANO Centro Informaz. Malenità nascita	PESCARA	PE		ESSERE IN MAMMA IN...MOVIMENTO	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI (CORSI)
69	190	26/09/2009	11.59	PIANETA CALCIO VENERE	PESCINA	AO	Liberale Birkio	13° STAGE CALCIO VACANZA GIOVANILE 2009	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - STAGE
70	127	26/09/2009	12.00	ANFFSA ONLUS VASTO	VASTO	CH	Mucciconi Paola	ESTIVANFFAS 2009	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
71	094	26/09/2009	12.14	AICS COM. REG. ABRUZZO CIRC SALVEMINI	PESCARA	PE	ANDREA PADOVANI	NATURALMENTE	ATTIVITA' ANNUALE - MANCA DATA MANIFESTAZIONE
72	170	26/09/2009	12.15	A.S.D. TOP MASTER	SAN VALENTINO IN ABRUZZO CITERIORE	PE	Toppi Agostino	2° TROFEO REGIONALE KARATE SOLIDALE 2010	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
73	168	26/09/2009	12.17	A.S.D. TOP MASTER	SAN VALENTINO IN ABRUZZO CITERIORE	PE	Toppi Agostino	2° TROFEO INTERREGIONALE KARATE ABRUZZO 2010	MANIFESTAZIONE CHE SI SVOLGERA' NEL 2010
74	184	26/09/2009	12.17	A.S.D. NON SOLO DANZA	MONTESILVANO	PE	Benedicenti Claudia	TRA FANTASIA E REALTA'... ROSY NEL MONDO DEI PIRATI	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI - MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
75	098	26/09/2009	12.18	A.S.D. GRAN SASSO RUGBY	L'AQUILA	AQ	Micheli Loregdara	IV TROFEO DELLE REGIONI	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
76	194	26/09/2009	12.25	A.S.D. VIRTUS	TUFILLO	CH	Caruso Vito	TORNEO DI NATALE 2009	MANCA DOCUMENTO DI IDENTITA'
77	160	26/09/2009	12.59	A.S.D. ATLETICA SOLIDALE	SAN SALVO	CH	Casasanta Marcello	CORRIAMO PER L'ORO. I BAMBINI DI ANTISIRABE	II MANIFESTAZIONE
78	192	26/09/2009	9.12	COMUNE DI TORREVECCHIA TEATINA	TORREVECCHIA TEATINA	CH	Morano Massimo	MEETING NAZIONALE LANCIO DEL FORMAGGIO	SPEDITA FUORI TERMINE
79	103	26/09/2009	12.06	UISP COMITATO PROVINCIALE PESCARA	PESCARA	PE	Capozucco Umberto	MEMORIAL AVV. MARCO BONOMO	SPEDITA FUORI TERMINE
80	191	26/09/2009	17.14	Assoc.ne BENEFICA TELEMACO SOLIDARIETA'	CITTA' S. ANGELO	PE	Savini Domenico	6° TORNEO DI CALCETTO TELEMANO SAVINI	SPEDITA FUORI TERMINE



Allegato "B"

N. Posiz. Espr. Tit. A	DATA RACC.	ORA RACC.	DENOMINAZIONE	CITTA'	PROV.	LEGALE RAPPRESENTANTE	DENOMINAZIONE INIZIATIVA	MOTIVAZIONI
81	280	27/10/2009	COMUNE DI SANTA MARIA IMBARO	SANTA MARIA IMBARO	CH	Romagnoli Nicola	1ª GARA PODISTICA IN MEMORIA DI VARRANTI MARCELLO	SPEDITA FUORI TERMINE
82	255		SOC. COOP. SOC. Segni di Integrazione Abruzzo	CHIETI	CH	BOCCACCI GIANCARLO	OLTRE OGNI SEGNO	NON RIENTRA TRA LE MANIFESTAZIONI AMMISSIBILI
83	243	09/09/2009	A.S. ROSETO CALCIO	ROSETO DEGLI ABRUZZI	TE	Cerasi Camillo	SPIAGGE D'ABRUZZO CUP 13ª EDIZIONE	CONTRIBUTO RICHIESTO ANCHE CON LA L.R. 20/2000 TIT. V LETT. A)
84	165	25/09/2009	A.S. INTERAMNIA WORLD CUP	TERAMO	TE	Montaulli Pier Luigi	INTERAMNIA WORLD CUP 37ª EDIZIONE	CONTRIBUTO RICHIESTO ANCHE CON LA L.R. 20/2000 TIT. V LETT. A)
85	063	25/09/2009	CLUB NAUTICO PESCARA	PESCARA	PE	Leone Luciano	CAMPIONATO INVERNALE D'ABRUZZO	TERZA MANIFESTAZIONE

Pescara 11 AGO. 2010

Il Responsabile dell'Ufficio
(Arch. Carlo Camiscioni)

Il Dirigente
(Dott.ssa Alba Grossi)

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

AUTORITA'
DI BACINO DEL FIUME TEVERE ROMA**Avviso di adozione del piano di bacino del Fiume Tevere - VI Stralcio funzionale P.S. 6 - per l'assetto idrogeologico - P.A.I. - Progetto di primo aggiornamento.**

AUTORITA' DI BACINO DEL FIUME TEVERE - ROMA

AVVISO

Adozione del piano di bacino del fiume Tevere – VI Stralcio funzionale P.S. 6 - per l'assetto idrogeologico – P.A.I. – Progetto di primo aggiornamento.

Il Comitato Istituzionale dell'Autorità di bacino del fiume Tevere, con deliberazione del 10 marzo 2010, ha adottato, ai sensi del comma 1 dell'art. 18 della legge 18 maggio 1989 n. 183 e successive modificazioni ed integrazioni il "Piano di bacino del fiume Tevere –VI stralcio funzionale P.S. 6 - per l'assetto idrogeologico – P.A.I. progetto di primo aggiornamento".

Chiunque fosse interessato può prendere visione del testo integrale di detto progetto di piano e consultare la relativa documentazione a decorrere dal giorno 15 settembre 2010, per quarantacinque giorni, presso le sedi delle seguenti Amministrazioni:

Regione Umbria - Direzione Regionale Ambiente, Territorio e Infrastrutture – Piazza Partigiani n. 1, Perugia;

Provincia di Perugia – Sportello del Cittadino - P.zza Italia n. 11, Perugia;

Provincia di Terni – Servizio Assetto del Territorio – Palazzo De Santis – IV Piano, via Plinio il Giovane n. 21, Terni;

Regione Abruzzo – Direzione Lavori Pubblici – Servizio Difesa del Suolo Via Salaria Antica Est n. 27, L'Aquila;

Provincia de L'Aquila - Settore Politiche Ambientali e Sviluppo Territoriale – Località Campo di Pile, L'Aquila;

Regione Lazio – Direzione Ambiente – Area Difesa del Suolo – viale del Tintoretto n. 432, Roma, rif. Dr. Claudio Bicocchi;

Provincia di Frosinone – Segreteria della Presidenza -, P.zza Gramsci n. 13, Frosinone;

Provincia di Roma – Dipartimento IV – Servizio 2 Tutela delle Acque, Risorse Idriche -, via Tiburtina n. 691, Roma;

Provincia di Rieti – VI Settore -, via Salaria n. 3, Rieti;

Provincia di Viterbo – Assessorato Ambiente -, via Saffi n. 49, Viterbo;

Regione Marche presso Autorità di bacino Regionale delle Marche, via Palestro n. 19, Ancona;

Provincia di Macerata – Segreteria della Presidenza -, corso della Repubblica n. 28, Macerata;

Regione Emilia Romagna - Assessorato Sicurezza Territoriale, Difesa del Suolo e della Costa, Protezione civile - Via dei Mille, 21, Bologna;

Regione Toscana – Ufficio Relazioni con il Pubblico della Giunta Regionale – Palazzo "A" piano terra – via di Novoli, 26, Firenze;

Provincia di Arezzo – Servizio Difesa del Suolo –via A. Testa n. 2, Arezzo;

Provincia di Grosseto – Dipartimento Lavori e Servizi Pubblici – Area Infrastrutture, Manutenzioni, Difesa del Suolo - Servizio Difesa del Suolo e Bonifica Idraulica, Piazza d'Istia n.1, Grosseto;

Provincia di Siena – Segreteria della Presidenza -, p.zza Duomo n. 9, Siena

Provincia di Forlì – Servizio Ambiente e Tutela del Territorio – p.zza. G.B. Morgagni n. 9, Forlì;

Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare - Direzione Generale per la Tutela del Territorio e delle Risorse Idriche - via Cristoforo Colombo n. 44, Roma;

Autorità di bacino del fiume Tevere – Ufficio Relazioni con il Pubblico -, via Bachelet n. 12, Roma;

Dipartimento Nazionale della Protezione Civile, via Ulpiano n.11, Roma.

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI
PESCARA

ESTRATTO ATTO DI DETERMINAZIONE N. 2095 DEL 05.08.2010. Lavori di realizzazione di uno svincolo (rotatoria) tra le strade S.S. 81 – SR 151 e Via R. De Vico nel comune di Penne. Cod. V125

La Provincia di Pescara, con atto di determinazione n° 2095 del 05.08.2010 a firma del Dirigente del Settore V Opere Pubbliche, Ing.

Paolo D’Incecco, ha determinato l’indennità provvisoria di espropriazione e l’occupazione anticipata dei beni immobili ai sensi dell’art. 22-bis del D.P.R. 327/2001 e s, m ed i., relativamente alle aree occupate e rese necessarie per la esecuzione dei “Lavori di realizzazione di uno svincolo (rotatoria) tra le strade S.S. 81 – SR 151 e Via R. De Vico nel comune di Penne. Cod. V125 ”;

...*Omissis*...

COMUNE DI PENNE											
Fg.	Map.	Ditta	Quota propr.	Sup. Part.	Qualità	Sup. da esprop.	Occupaz. Temporanea	Valore Venale	occupaz. temporanea (1/12) del valore venale per anno	ind. di esproprio	Inden. Occup. Temporanea mesi tre
72	58	LIBERTINI Antonio nato il 01/11/1963	indivisa								
		LIBERTINI Gianfranco nato il 11/12/1952	"	845,00	E.U.	63,00	51,00	€ 39,29	€ 3,27	€ 2.475,27	€ 55,66
		LIBERTINI Giuseppe nato il 01/01/1952	"								
							Sommano			€ 2.475,27	€ 55,66
							Totale				€ 2.530,93

Il valore venale del terreno riferito alla zona B1 Completa è stato preso dalle tabelle dai valori della aree fabbricabili ai fini ICI determinato dal Comune di Penne rivalutato all'anno 2010

La presente copia, per estratto, è conforme all’originale dell’atto di determinazione n. 2095 del 05.08.2010, esistente presso questo Ente.

Pescara, li 05.08.2010

IL DIRIGENTE DEL SETTORE V OPERE PUBBLICHE
Ing. Paolo D’Incecco

COMUNE DI SULMONA (AQ)

Autorizzazione all'esercizio i una cava n. 748/ADA/daom del 4.08.2010.

IL DIRIGENTE

....*Omissis*...

Vista la nota n. 5082/AE della Giunta Regionale Abruzzo- Direzione Sviluppo Economico – Servizio Risorse del Territorio – Ufficio Cave e Torbiere, con la quale si trasmette copia conforme del parere espresso, nella seduta del 3.11.2009 della relativa conferenza dei servizi

...*Omissis*....

AUTORIZZA

la ditta F.LLI CICCONE s.r.l.,*omissis*.... ad intraprendere l'attività estrattiva sui terreni...*omissis*...siti in questo Comune, loc. Il Mantovano....*omissis*...fg. 53, part.ile 52, 53, 56, 57, 59, 60, 62, 68, 69 e 301...*omissis*..

Il Dirigente
Dott.ssa *Katja Panella*

COMUNE DI VILLETTA BARREA (AQ)

Deliberazione di Consiglio Comunale n. 30 del 30.7.2010 – Approvazione Programma Integrato di Intervento Artt. 20 e 21 L.R. 18/83;

UFFICIO TECNICO COMUANLE

Vista la Deliberazione di Consiglio Comunale n. 30 del 30 luglio 2010, esecutiva ai sensi di legge, con la quale è stato definitivamente approvato il Programma Integrato di Intervento per la Ricostruzione di un Fabbricato nel Centro Storico di Villetta Barrea, artt. 20 e 21 della L.R.18/83, in variante agli strumenti urbanistici;

Visti gli artt. 20, 21 e 30 bis della L.R. 18/83, nel testo in vigore;

RENDE NOTO

che con deliberazione di Consiglio Comunale n° 30 in data 30 luglio 2010 è stato definiti-

vamente approvato il “Programma di Intervento Integrato per la Ricostruzione di un Fabbricato per Civile Abitazione nel Centro Storico di Villetta Barrea” in variante agli strumenti urbanistici, ai sensi degli artt. 20 e 21 della Legge Regionale 18/83, nel testo in vigore .

Dalla Residenza Comunale li 9 agosto 2010

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Geom. Cesidio Di Ianni

DEME ENVIRONMENTAL CONTRACTOR
- HAVEN 1025 – SCHELDEDIJK 30 - B-2070
ZWIJNDRECHT, BELGIUM

Impianto di trattamento di “Soil Washing”. PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ.

PROCEDURA DI VERIFICA DI
ASSOGGETTABILITÀ

La procedura avvenuta sul B.U.R.A. ordinario n.57 del 08/09/2010 è da considerarsi come

non avvenuta. Si procede pertanto a nuova pubblicazione.

AVVISO AL PUBBLICO

Art. 20 del D.Lgs. 4/2008 e s. m.ed i.

SI AVVISA CHE È STATO TRASMESSO ALLA REGIONE ABRUZZO - Direzione Affari Della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia- Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio valutazione impatto ambientale, Via Leonardo da Vinci (Palazzo Silone), 67100 L'Aquila, il progetto di seguito specificato:

OGGETTO

Impianto di trattamento di "Soil Washing"

PROPONENTE

DEME Environmental Contractor, Haven 1025 – Scheldedijk 30 B-2070 Zwijndrecht, Belgium, T +32 32505411,

F +32 32505253 , infodec@deme.be

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

L'intervento è sottoposto a Verifica di Assoggettabilità ai sensi del D.lgs. 4/2008, All. IV, punto 7, Lett. z.b : Impianti di smaltimento e recupero di rifiuti non pericolosi , con capacità complessiva superiore a 10 t/giorno, median-

te operazioni di cui all'allegato C, della parte quarta del D.lgs. 3 aprile 2006, n.152

LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

Porto di Pescara

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO.

Il progetto consiste nel trattamento di sedimenti contaminati provenienti dal dragaggio del Porto di Pescara ed è finalizzato alla decontaminazione e al recupero (parziale o totale) del materiale.

UFFICIO REGIONALE COMPETENTE

Direzione Affari Della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia- Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio valutazione impatto ambientale.

Dalla data di pubblicazione dell'avviso sul BURA decorrono i 45 (quarantacinque), giorni entro i quali chiunque (associazioni, Enti, privati cittadini e portatori di interesse) in conformità alle leggi vigenti, può presentare, in forma scritta, al predetto Servizio, istanze, osservazioni o pareri sull'opera.

DEME ENVIRONMENTAL CONTRACTOR
HAVEN 1025 – SCHELDEDIJK 30
B-2070 ZWIJNDRECHT, BELGIUM

GAAB ENERGIA S.R.L.
AVEZZANO (AQ)

Avviso per la realizzazione di un elettrodotto in MT 20kV in cavo aereo ed interrato.

AVVISO PUBBLICO

La Ditta **GAAB ENERGIA s.r.l.**, con sede in via Cesare Battisti n. 101 – int.30, Avezzano (AQ),

RENDE NOTO

ai sensi dell'art. 3 della L.R. 20.09.1988 n. 83, modificata ed integrata dalla L.R. 23.12.1999 n. 132, che è stato trasmesso al Ministero dello Sviluppo Economico e delle Comunicazioni – Ispettorato Territoriale di Sulmona e al Dipartimento II di Roma, all'Amministrazione Provinciale dell'Aquila Ufficio del Genio Civile, al Comune di Avezzano, al Consorzio per il Nucleo Industriale, alla Sovrintendenza Archeologica per l'Abruzzo, all'ANAS, al Corpo Forestale Dello Stato, alle Ferrovie dello Stato, al Ministero delle Finanze Agenzia del Demanio, alla Regione Abruzzo Settore Beni Ambientali e Settore Attività Estrattive, alla Direzione Generale dell'Energia e Risorse Minerarie, alla Direzione Sviluppo Economico Ufficio Cave e Torbiere, all'Ufficio Minerario degli Idrocarburi, e all'Aeronautica Militare 3ª Regione Aerea di Bari, al Comando Dipartimento Marittimo dell'Adriatico di Ancona e al Comando Militare Regionale per l'Abruzzo di L'Aquila, **un progetto di costruzione ed esercizio di un elettrodotto in MT 20kV in cavo aereo ed interrato.**

L'intervento è riferito al collegamento alla linea esistente di MT di ENEL Distribuzione, della lunghezza di circa 25 m in cavo aereo, e di circa 35 m. in cavo interrato, con relativa cabina elettrica di consegna in MT, ubicata all'interno del lotto, identificato al NCT al foglio n. 61 con la particella n. 270-287, a servizio di un impianto fotovoltaico della potenza di 712,3 kWp.

L'intervento suddetto ricade nel territorio del Comune di Avezzano, Nucleo Industriale, via Copernico snc.

La descrizione particolareggiata del tracciato e delle caratteristiche tecniche dell'elettrodotto sono depositate presso il Comune di Avezzano e sono a disposizione, nelle ore di ufficio, di chiunque intenda prenderne visione. Esse sono come da soluzione tecnica di connessione TICA (cod. di tracciabilità ENEL T0080378-7/6/2010-0545473).

Il presente avviso corredato da una corografia dell'elettrodotto sarà pubblicato sull'Albo Pretorio del Comune stesso.

Ai sensi degli artt. 5, 6, 7 e 11 delle succitate leggi regionali, tutte le opposizioni, le osservazioni e comunque tutte le condizioni a cui dovranno essere eventualmente vincolate le autorizzazioni a costruire detto impianto, dovranno essere presentate agli aventi interesse all'Ufficio Genio Civile via Saragat loc. Campo di Pile 67100 L'Aquila, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.

Ditta GAAB ENERGIA srl
via Cesare Battisti n. 101- int.30, Avezzano (AQ)

TECNOASFALTI S.R.L.
VASTO (CH)

**Impianto per la produzione di conglomerati bituminosi con recupero di rifiuti non pericolosi.
PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ.**

PROCEDURA DI VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ

AVVISO AL PUBBLICO

Art. 20 del D.Lgs. 4/2008 e s. m. ed i.

SI AVVISA CHE È STATO TRASMESSO ALLA REGIONE ABRUZZO - Direzione Affari Della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia- Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio valutazione impatto ambientale, Via Leonardo da Vinci (Palazzo Silone), 67100 L'Aquila, il progetto di seguito specificato:

OGGETTO

Impianto per la produzione di conglomerati bituminosi con recupero di rifiuti non pericolosi - Iscrizione RIP n.° 125/2004

PROPONENTE

TECNOASFALTI Srl avente sede legale in via A. Bafile, 14 del Comune di Vasto (CH), tel. 0873 361830, Fax 0873 363287, e-mail: info@marrollo.it

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

L'impianto in argomento si configura come fattispecie indicata nel Decreto Legislativo 16 gennaio 2008 n. 4 "Ulteriori disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 3 aprile 2006 n. 152 recante norme in materia ambientale", all'Allegato IV, punto 7, lettera z.b), ovvero "Impianti di smaltimento e recupero rifiuti non pericolosi, con capacità complessiva superiore a 10 t/giorno, mediante operazioni di cui all'Allegato C, lettere da R1 a R9, della parte quarta del D.L.vo 3 aprile 2006 n.152".

LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

Contrada Piano Saletti - 66020 Comune di Paglieta (CH)

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO.

L'insediamento produttivo esistente è destinato alla produzione di conglomerato bituminoso, preparato mediante miscela di pietrisco a diversa pezzatura con asfalto di recupero fresato a freddo e successiva miscelazione a caldo con leganti bituminosi.

UFFICIO REGIONALE COMPETENTE

Direzione Affari Della Presidenza, Politiche Legislative e Comunitarie, Programmazione, Parchi, Territorio, Valutazioni Ambientali, Energia- Servizio Tutela, Valorizzazione del Paesaggio e Valutazioni Ambientali - Ufficio valutazione impatto ambientale.

Dalla data di pubblicazione dell'avviso sul BURA decorrono i 45 (quarantacinque), giorni entro i quali chiunque (associazioni, Enti, privati cittadini e portatori di interesse) in conformità alle leggi vigenti, può presentare, in forma scritta, al predetto Servizio, istanze, osservazioni o pareri sull'opera.

TECNOASFALTI SRL
Via A. Bafile, 14
66054 VASTO (Ch)
(c.f./P.Iva: 01976070696)

Firma e timbro

TECNOASFALTI s.r.l.
Il Presidente del G.d.A.
MARULLO ANTONELLA



AVVISO AGLI ABBONATI

Campagna di abbonamento al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo per l'anno 2010

L'abbonamento decorre dal 1 Gennaio al 31 Dicembre

L'abbonamento al **Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo** può essere rinnovato fino al 31 Dicembre 2009, il canone annuale è di €198,38.

Tuttavia, nel corso dell'anno è possibile attivare nuovi abbonamenti, pagando la rimanente frazione di anno (1 mese, 2 mesi, ecc.) fino al 31 dicembre, calcolata sull'importo annuale di €198,38:12 = €16,54 mensile.

Il canone annuale di abbonamento al bollettino per l'anno 2010 è di €198,38 da versare sul c.c. postale n. 12101671 intestato a : Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila o con bonifico bancario alle coordinate : Ufficio Postale n. 03001 – L'Aquila Centro IBAN: IT-71-N-07601-03600-000012101671 - Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale.

Gli abbonati per l'anno 2010 riceveranno in omaggio la raccolta su DVD dei BURA pubblicati nell'anno 2009.

Gli abbonati che invece non intendono rinnovare il canone di abbonamento al BURA sono invitati a darne comunicazione all'ufficio del BURA a mezzo tel. 0862 36 4211/4221 o per e-mail bura@regione.abruzzo.it

N.B. Il BURA della Serie "Supplemento" non è compreso nell'abbonamento, in esso sono pubblicati gli atti che riguardano solo il personale regionale.

“L'accesso al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, per via informatica, è consentito gratuitamente a tutti i cittadini, i dati acquisiti non rivestono carattere di ufficialità e legalità”.

Prezzo di vendita del singolo bollettino

Bollettino fino a 190 pagine €1,40, oltre €0,90 per eventuali spese di spedizione

Bollettino superiore a 190 pagine €2,80, oltre €1,40 per eventuali spese di spedizione

AVVISO AGLI UTENTI

La sede del Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo è in
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile - 67100 L'Aquila
Tel. 0862 36 4211/4221 – fax 0862 36 4219

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI
Servizio Affari della Giunta**

UFFICIO BURA

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile
67100 L'Aquila**

**centralino: 0862 3631
Tel. 0862 36 4211/4221
Fax 0862 36 4219**

**Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it**