



BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale n. 4 del 9 Gennaio 2015

Sanità

Vendita e Informazioni

UFFICIO BURA
L'AQUILA
Via Leonardo Da Vinci n° 6

Bura: Tel. **0862/363264 - 363206**
Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Servizi online: Tel. 0862/363264 - 363217 - 363206

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

Avviso per gli abbonati

In applicazione della **L.R. n. 51 del 9.12.2010** il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall' 1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

Il BURAT serie "ORDINARIO" si articola in due parti:

PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie "SPECIALE".
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie "SUPPLEMENTO".
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:

Le determinazioni direttoriali e dirigenziali per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, sono pubblicate per estratto contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

Sommario

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONI

GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 5.12.2014, n. 806

Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee d'indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate"- Rep. Atti n. 91 del 5 agosto 2014..... 5

ATTI DELLA REGIONE

DECRETI

PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23/07/2014)

DECRETO 18.12.2014, n. 157

Attribuzione del pediatra di libera scelta al minore straniero non in regola con le norme sull'ingresso e sul soggiorno, secondo l'Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n° 255/CSR del 20.12.2012 "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome"18

DECRETO 18.12.2014, n. 158

Trasferimento temporaneo attività sanitaria Società Villa Gaia srl - Presa d'atto.....27

DECRETO 18.12.2014, n. 160

Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza" Rep. Atti n.138/cu del 13/11/2014.....28

DECRETO 18.12.2014, n. 163

Istituzione del registro tumori regionale67

DECRETO 18.12.2014, n. 165

Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete termale privata provvisoriamente accreditata biennio 2014 - 2015 - Modifica allegato 1 al Decreto del Commissario ad acta. n. 126/2014 del 20/10/2014 75

DECRETO 18.12.2014, n. 167

Piano delle attività del governo clinico dei pediatri di libera scelta - anno 2015.....79

PARTE II**Avvisi, Concorsi, Inserzioni****DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE****SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIO DI BASE E SPECIALISTICO**

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati dalle ASL della Regione Abruzzo alla data dell'1 settembre 2014. - Avviso84

AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA

Legge 25 febbraio 1987, n. 67, art. 6 e s.m.i. - Prospetti di bilancio esercizio 201291

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONI

GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 5.12.2014, n. 806

Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee d'indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate"- Rep. Atti n. 91 del 5 agosto 2014.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO l'Accordo sancito in data 5 agosto 2014 tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate", allegato 1 al presente atto;

CONSIDERATO che il predetto documento definisce le modalità che devono guidare le Regioni nel disciplinare l'attività di pianificazione dell'organizzazione dei soccorsi sanitari in occasione di eventi e di manifestazioni programmate, affinché possano essere garantiti a tutti i soggetti presenti, partecipanti o spettatori, livelli di assistenza non inferiori a quelli che vengono assicurati alla popolazione nelle situazioni ordinarie;

RITENUTO necessario, pertanto, rendere operativo l'accordo di cui trattasi, recependone integralmente i contenuti e facendo proprie le recante "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dando mandato al Servizio "Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria", in raccordo, ove necessario per i profili di rilievo, con il Servizio "Programmazione sanitaria" della Direzione Politiche della Salute, di porre in essere tutti gli adempimenti necessari all'attuazione del presente provvedimento;

VISTA la legge regionale n. 77/99 e ss.mm.ii.;

DATO ATTO che il predetto Accordo prevede che alle attività in esso previste si provveda nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

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 e alla sua conformità alla legislazione vigente;

Dopo puntuale istruttoria favorevole da parte della struttura proponente

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

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

- 1) **di recepire** i contenuti dell'Accordo del 5 agosto 2014 tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate" sancito ai sensi dell'articolo 9 comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 ed allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del medesimo (Allegato 1);
- 2) **di precisare** che, per l'attuazione dell'Accordo oggetto di recepimento, si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale;
- 3) **di dare mandato** al Servizio "Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria", in raccordo, ove necessario per i profili di rilievo, con il Servizio "Programmazione sanitaria" della Direzione Politiche della Salute, di porre in essere tutti gli adempimenti necessari all'attuazione del presente provvedimento;

- 4) **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo per gli adempimenti di competenza;
- 5) **di inviare** copia della presente deliberazione al BURA per la relativa pubblicazione.

Segue allegato

ALLEGATO 1



Accordo, ai sensi dell' articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, proposto dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'organizzazione e l'assistenza sanitaria negli eventi e nelle manifestazioni programmate.

Rep. Atti n. 92 del 5 agosto 2014

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 5 agosto 2014:

VISTO l'articolo 9, comma 2, lettera c), del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che demanda a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancire "intese tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane", al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTE le "Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali" emanate dal Dipartimento di Protezione Civile nel giugno 1997;

VISTA la Legge n. 189/2012 recante "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";

VISTA la nota in data 16 aprile 2013, con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni ha trasmesso lo schema di accordo indicato in oggetto;

VISTA la nota in data 22 aprile 2013, con la quale il predetto schema di accordo è stato diramato alle Regioni, alle Province autonome di Trento e di Bolzano ed alle Autonomie locali, con convocazione di una riunione tecnica per il 7 maggio 2013;

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione
n. 806 del 5 DIC. 2014
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dot. Franco La Civita)





Presidenza
del Consiglio dei Ministri
CONFERENZA UNIFICATA

VISTA la nota del 16 giugno 2014, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione della proposta di accordo, di recepimento delle osservazioni formulate dai rappresentanti intervenuti alla riunione suindicata;

VISTA la nota del 26 giugno 2014, con la quale questo Ufficio di Segreteria ha diramato la nuova versione dell'accordo, con convocazione di una riunione tecnica per l'8 luglio 2014;

VISTA la nota del 5 agosto 2014, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la versione definitiva del testo, nella quale, in accordo con il Coordinamento regionale, sono state recepite le osservazioni formulate dal rappresentante dell'Anci;

VISTA la nota del 5 agosto 2014, con la quale questo Ufficio di Segreteria ha tempestivamente diramato la versione definitiva del testo;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni, delle Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali, sul documento allegato al presente atto, Allegato A, recante "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate" comprensivo degli allegati A1 e A2, parti integranti del documento stesso.

Alle disposizioni di cui al presente Accordo, si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il Segretario
Antonio Naddeo

Il Presidente
Maria Carmela Lanzetta



Allegato A

"Linee di indirizzo sull'organizzazione sanitaria negli eventi e nelle manifestazioni programmate".**Premessa**

L'organizzazione di eventi e manifestazioni di qualsiasi tipologia e connotazione, soprattutto qualora gli stessi richiamino un rilevante afflusso di persone, deve essere programmata e realizzata con il prioritario obiettivo di garantire il massimo livello di sicurezza possibile per chi partecipa, per chi assiste e per chi è coinvolto a qualsiasi titolo, anche solo perché presente casualmente nell'area interessata.

La normativa vigente prevede l'obbligo di informare e/o di richiedere l'autorizzazione allo svolgimento degli eventi/manifestazioni alle competenti Autorità, espressamente individuate nel Questore, quale Autorità di Pubblica sicurezza, e nel Sindaco o nel Prefetto, a cui fanno capo le Commissioni di Vigilanza dei luoghi di pubblico spettacolo, rispettivamente, comunali e provinciali. In attuazione di quanto previsto dal DPR 27 marzo 1992 e dall'Atto di Intesa Stato Regioni dell'11/4/1996, il Servizio di Emergenza Territoriale 118 ha assunto la competenza esclusiva in materia di coordinamento e di gestione degli interventi di soccorso sanitario territoriale, nonché di trasporto dei pazienti alle strutture della rete ospedaliera. Le Regioni e le PPAA, a loro volta, hanno predisposto e compiutamente attivato l'organizzazione territoriale dell'emergenza e urgenza sanitaria.

Anche in occasione di eventi/manifestazioni programmate deve essere preventivamente pianificata e messa a disposizione un'organizzazione totalmente sinergica con l'ordinaria organizzazione del Servizio di Emergenza Territoriale 118, finalizzata a garantire livelli di assistenza non inferiori a quelli che vengono assicurati alla popolazione nelle situazioni ordinarie.

Riguardo agli oneri di detta pianificazione, risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN):

- gli interventi di soccorso primario,
- il coordinamento e la gestione degli interventi stessi,
- le risorse necessarie alla gestione di eventi intercorrenti (maxiemergenza o evento NBCR).

Non risultano a carico del SSN le risorse aggiuntive che vengono previste dall'Ente organizzatore autonomamente per interventi di soccorso correlati allo specifico ed estemporaneo contesto nel quale l'evento/manifestazione si svolge.

Gli oneri di tale organizzazione preventiva devono essere a carico dell'organizzatore stesso, in analogia a quanto già da tempo previsto per i Servizi di prevenzione incendi. Fanno eccezione a questa regola le manifestazioni di cui al successivo punto 1, lettera b): in tali eventi la predisposizione del soccorso sanitario di emergenza e urgenza compete ed è a carico del Servizio di Emergenza Territoriale 118, anche attraverso l'integrazione con le Istituzioni preposte a garantire la sicurezza e l'ordine pubblico nonché con il sistema di Protezione Civile regionale.

Affinché in occasione degli eventi/manifestazioni organizzati possano essere garantiti a tutti i soggetti presenti, partecipanti o spettatori, livelli di assistenza non inferiori a quelli che vengono assicurati alla popolazione nelle situazioni ordinarie, vengono di seguito definite le modalità che devono guidare le Regioni nel disciplinare l'attività di pianificazione dell'organizzazione dei soccorsi sanitari dedicati all'evento e/o manifestazione.



1. Classificazione degli eventi e/o manifestazioni

Gli eventi e/o manifestazioni si distinguono, rispetto alla pianificazione, in:

- a) programmati e/o organizzati che richiamano un rilevante afflusso di persone a fini sportivi, ricreativi, sociali, politici, religiosi, organizzati da privati, Organizzazioni/Associazioni, Istituzioni pubbliche;
- b) non programmati e non organizzati, che richiamano spontaneamente e in un breve lasso di tempo un rilevante afflusso di persone in un luogo pubblico o aperto al pubblico (es. raduni spontanei e improvvisi nelle piazze o nelle pubbliche vie, funerali di personalità, sommosse).

Gli eventi/manifestazioni di cui sopra, in relazione al livello di rischio, ovvero alla probabilità di avere necessità di soccorso sanitario, possono essere classificati in base alle seguenti variabili:

- tipologia dell'evento
- caratteristiche del luogo
- affluenza di pubblico

Nel caso degli eventi di cui al precedente punto a) l'identificazione del livello di rischio può, in fase iniziale, essere calcolata dallo stesso organizzatore dell'evento applicando i punteggi riportati nella "Tabella per il calcolo del livello di rischio da compilare a cura dell'organizzatore dell'evento/manifestazione" (allegato A1).

Nel caso invece degli eventi di cui al precedente punto b), che per loro caratteristica sono non organizzati e, talvolta, imprevedibili e improvvisi, il livello di rischio non può essere preventivamente calcolato: se ritenuto utile e ci fosse un tempo minimo di preavviso/informazione del rispetto all'evento, è facoltà delle Istituzioni deputate all'ordine e alla sicurezza pubblica valutare la possibilità di utilizzare la classificazione allegata per dimensionare l'eventuale supporto da mettere a disposizione.

In base al risultato ottenuto è quindi possibile ottenere il livello di rischio ed il relativo punteggio:

Livello di rischio	Punteggio
Rischio molto basso / basso	<18
Rischio moderato / elevato	18 - 36
Rischio molto elevato	37-55

I livelli di rischio moderato/elevato e molto elevato devono essere ulteriormente esaminati a cura del Servizio di Emergenza Territoriale 118 attraverso valutazioni e parametri specifici, che consentono di quantificare il rischio totale degli eventi/manifestazioni e predisporre le risorse adeguate per il soccorso, come indicato nelle tabelle relative all'"Algoritmo di Maurer, indicazioni da seguire per la predisposizione e la valutazione della pianificazione a cura del Servizio di Emergenza Territoriale 118" (allegato A2).

Tali parametri sono da intendersi indicativi per la pianificazione dell'assistenza sanitaria e possono essere modificati dal Servizio di Emergenza Territoriale 118, sulla base della specificità dell'evento.



2. Criteri da seguire per la pianificazione degli eventi e/o manifestazioni

Il processo di elaborazione del Piano di soccorso sanitario relativo all'evento/manifestazione deve essere articolato attraverso:

- Analisi dei fattori di rischio propri dell'evento;
- Analisi delle variabili legate all'evento (numero dei partecipanti, spazio, durata nel tempo);
- Quantificazione delle risorse necessarie per mitigare il rischio;
- Individuazione delle problematiche logistico/organizzative emergenti che caratterizzano l'ambiente dove si svolge l'evento.

I modelli organizzativi ritenuti rappresentativi delle principali tipologie di eventi sono:

- eventi all'interno di impianti sportivi, in occasione di competizioni con grande richiamo di pubblico;
- eventi in occasione di manifestazioni ricreative di massa (concerti, mostre, fiere, manifestazioni aeronautiche, parchi di divertimento);
- eventi in occasione di visite di personalità;
- eventi in occasione di celebrazioni religiose;
- eventi in occasione di manifestazioni politiche/sociali;
- eventi all'interno di locali pubblici o aperti al pubblico (quali ad esempio: supermercati, centri commerciali, cinema e teatri).

Per quanto riguarda le manifestazioni politiche e sportive o le visite di personalità, occorre sottolineare che vengono considerati soltanto gli aspetti relativi agli spettatori. Abitualmente, le squadre in campo, gli atleti in generale e le personalità dispongono di apparati di sicurezza sanitaria dedicati.

Pertanto, i criteri da utilizzare per una corretta elaborazione del Piano di soccorso sanitario relativo all'evento/manifestazione devono fare riferimento alla normativa vigente in tema di soccorso sanitario ordinario nonché in tema di gestione delle maxiemergenze.

3. Responsabilità e modalità organizzative

Relativamente agli eventi di cui al punto 1, lettera a), gli organizzatori degli stessi, devono rispettare tutti gli obblighi espressamente previsti dalla normativa vigente in ordine all'assistenza sanitaria in favore dei soggetti che partecipano attivamente all'evento/manifestazione (es. atleti nelle competizioni sportive).

Oltre agli obblighi di cui al precedente punto, gli organizzatori devono garantire un'adeguata pianificazione dei soccorsi sanitari anche per coloro che assistono all'evento/manifestazione (es. spettatori).

Al fine di garantire un adeguato livello di soccorso è necessario che gli organizzatori osservino le seguenti indicazioni:

- a) per gli eventi/manifestazioni con livello di rischio molto basso o basso:
 - comunicazione dello svolgimento dell'evento al Servizio di Emergenza Territoriale 118 almeno *15 giorni* prima dell'inizio;
- b) per gli eventi/manifestazioni con livello di rischio moderato o elevato:
 - comunicazione dello svolgimento dell'evento al Servizio di Emergenza Territoriale 118 almeno *30 giorni* prima dell'inizio;



- trasmissione del documento recante il dettaglio delle risorse e delle modalità di organizzazione preventiva di soccorso sanitario messo in campo dall'organizzatore (Piano di soccorso sanitario relativo all'evento/manifestazione);
 - rispetto delle eventuali prescrizioni fornite dal Servizio di Emergenza Territoriale 118.
- c) per gli eventi/manifestazioni con livello di rischio molto elevato:
- comunicazione dello svolgimento dell'evento al Servizio di Emergenza Territoriale 118 almeno 45 *giorni* prima dell'inizio;
 - acquisizione della validazione, da rilasciarsi a cura del Servizio di Emergenza Territoriale 118, del documento recante il dettaglio delle risorse e delle modalità di organizzazione preventiva di soccorso sanitario messo in campo dall'organizzatore (Piano di soccorso sanitario relativo all'evento/manifestazione);
 - rispetto delle eventuali prescrizioni fornite dal Servizio di Emergenza Territoriale 118;
- d) per tutte le tipologie di evento con qualsiasi livello di rischio:
- presentazione, anche alle competenti Commissioni di vigilanza se di competenza, della documentazione comprovante il rispetto delle sopra riportate indicazioni.
- e) per tutte le tipologie di evento, con qualsiasi livello di rischio, di cui alle precedenti lettere, in cui l'organizzatore è una Amministrazione Comunale, fermo restando i criteri, le modalità e i tempi previsti dal presente documento, il Comune stesso ha la facoltà di limitarsi a trasmettere al Servizio di Emergenza Territoriale 118 la comunicazione dello svolgimento dell'evento e, ove previsto, il Piano di soccorso sanitario, senza chiederne la validazione.

E' competenza del medico presente nelle Commissioni di vigilanza, verificare tale documentazione e richiedere un confronto con il Servizio di Emergenza Territoriale 118, se ritenuto opportuno.

I Piani di soccorso sanitario relativi agli eventi/manifestazioni devono esplicitare anche le modalità di comunicazione tra i presidi presenti sul posto e la Centrale Operativa 118 competente per territorio, da garantirsi anche in caso di carente copertura della rete telefonica mobile.

Qualora il Servizio di Emergenza Territoriale 118 riceva informazioni (anche solo per via mediatica) che facciano ipotizzare un livello di rischio diverso da quello dichiarato, il Servizio stesso ha facoltà di richiedere informazioni aggiuntive all'organizzatore e, dopo opportuna valutazione delle stesse, di richiedere alle Autorità competenti la prescrizione di eventuali ulteriori risorse a supporto dell'evento.

Nel caso in cui l'organizzatore dell'evento avesse già preso accordi con un Ente/Associazione in grado di fornire il servizio di soccorso sanitario, il Servizio di Emergenza Territoriale 118 provvede a:

- valutarne il rispetto dei criteri di accreditamento/autorizzazione regionale, quali standard formativi, certificazione del personale dipendente e non, requisiti dei mezzi di soccorso che si intende utilizzare, conformità dei dispositivi elettromedicali e possibilità degli stessi di interfacciarsi con quelli gestiti dal Servizio di Emergenza Territoriale 118;
- acquisire il nominativo del responsabile dell'organizzazione del soccorso sanitario interno all'evento, individuato dall'organizzatore;
- conoscere le modalità di comunicazione con la Centrale Operativa 118.



4. Oneri a carico dell'organizzatore

Gli oneri economici della pianificazione sanitaria e della messa in disponibilità di mezzi, di squadre di soccorso e di ogni altra risorsa prevista dalla pianificazione stessa, a supporto di eventi/manifestazioni programmati di cui al punto 1, lettera a), sia in favore dei partecipanti sia degli spettatori, sono a carico degli Organizzatori dell'evento/manifestazione. Anche quando l'organizzatore, durante l'evento/manifestazione, richieda estemporaneamente al Servizio di Emergenza Territoriale 118 un supporto straordinario di risorse, dovrà sostenerne l'onere economico, sempre nei limiti e nelle modalità definiti da ciascuna Regione/Provincia Autonoma. Nel caso in cui la disponibilità delle risorse sanitarie previste dalla pianificazione venga richiesta al Servizio di Emergenza Territoriale 118 e qualora lo stesso sia in grado di metterla a disposizione senza ridurre l'ordinaria attività istituzionale, l'organizzatore dell'evento/manifestazione riconosce all'Azienda Sanitaria titolare del Servizio di Emergenza Territoriale 118, competente per territorio, il corrispettivo previsto per tale servizio, nei limiti e nelle modalità definiti da ciascuna Regione/Provincia Autonoma.

5. Definizioni e Abbreviazioni

Si intende per:

- a) *Eventi/manifestazioni*: le iniziative di tipo sportivo, ricreativo, ludico, sociale, politico e religioso che, svolgendosi in luoghi pubblici o aperti al pubblico, possono richiamare un rilevante numero di persone.
- b) *Luoghi pubblici*: gli spazi e gli ambienti caratterizzati da un uso sociale collettivo ai quali può accedere chiunque senza alcuna particolare formalità (es. strade, piazze, giardini pubblici).
- c) *Luoghi aperti al pubblico*: gli spazi e gli ambienti a cui può accedere chiunque, ma a particolari condizioni imposte dal soggetto che dispone del luogo stesso (es. pagamento di un biglietto per l'accesso, orario di apertura) o da altre norme.
- d) *Piano di soccorso sanitario relativo all'evento/manifestazione*: il documento, predisposto dall'organizzatore dell'evento/manifestazione, in cui sono analizzate le caratteristiche dell'evento/manifestazione ai fini dell'individuazione del livello di rischio associato e il dettaglio, vengono definite le risorse e le modalità di organizzazione dell'assistenza sanitaria idonea a garantire il soccorso ai soggetti che, a diverso titolo, prendono parte all'evento/manifestazione.

Si intende per:

- a) *Servizio di Emergenza Territoriale 118*: Struttura istituzionalmente deputata all'organizzazione del soccorso sanitario territoriale, così come definita e identificata dalla Regione/Provincia Autonoma ai fini della applicazione del presente documento.
- b) *LEA*: Livelli Essenziali di Assistenza.
- c) *TULPS*: Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza.

Roma, 4 agosto 2014



Allegato A1

Tabella: Calcolo del livello di rischio.

Da compilare a cura dell'organizzatore dell'evento/manifestazione

Variabili legate all'evento			
Periodicità dell'evento	Annualmente	1	
	Mensilmente	2	
	Tutti i giorni	3	
	Occasionalmente/all'improvviso	4	
Tipologia di evento	Religioso	1	
	Sportivo	1	
	Intrattenimento	2	
	Politico, sociale	3	
	Concerto pop/rock	4	
Altre variabili (più scelte)	Prevista vendita/consumo di alcool	1	
	Possibile consumo di droghe	1	
	Presenza di categorie deboli (bambini, anziani, disabili)	1	
	Evento ampiamente pubblicizzato dai media	1	
	Presenza di figure politiche-religiose	1	
	Possibili difficoltà nella viabilità	1	
	Presenza di tensioni socio-politiche	1	
Durata	<12 ore	1	
	da 12 h a 3 giorni	2	
	> 3 giorni	3	
Luogo (più scelte)	In città	0	
	In periferia/paesi o piccoli centri urbani	1	
	In ambiente acquatico (lago, fiume, mare, piscina)	1	
	Altro (montano, impervio, ambiente rurale)	1	
Caratteristiche del luogo (più scelte)	Al coperto	1	
	All'aperto	2	
	Localizzato e ben definito	1	
	Esteso > 1 campo di calcio	2	
	Non delimitato da recinzioni	1	
	Delimitato da recinzioni	2	
	Presenza di scale in entrata e/o in uscita	2	
	Recinzioni temporanee	3	
	Ponteggio temporaneo, palco, coperture	3	
Logistica dell'area (più scelte)	Servizi igienici disponibili	-1	
	Disponibilità d'acqua	-1	
	Punto di ristoro	-1	



Variabili legate al pubblico			
Stima dei partecipanti	5.000-25.000		1
	25.000- 100.000		2
	100.000-500.000		3
	>500.000		4
Età prevalente dei partecipanti	25-65		1
	<25 - >65		2
Densità di partecipanti/mq	Bassa 1-2 persone/m ²		1
	Media 3-4 persone/m ²		2
	Alta 5-8 persone/m ²		3
	Estrema > 8 persone/m ²		4
Condizione dei partecipanti	Rilassato		1
	Eccitato		2
	Aggressivo		3
Posizione dei partecipanti	Seduti		1
	In parte seduti		2
	In piedi		3
Score totale			







Allegato A2

Tabella: Algoritmo di Maurer

Indicazioni per la predisposizione e la valutazione della pianificazione a cura del Servizio di Emergenza Territoriale 118.

ALGORITMO DI MAURER	
NUMERO DI VISITATORI MASSIMO CONSENTITO (capienza del luogo della manifestazione)	NUMERO DI VISITATORI EFFETTIVAMENTE PREVISTO
500 visitatori 1 punto 1000 visitatori 2 punti 1500 visitatori 3 punti 3000 visitatori 4 punti 6000 visitatori 5 punti 10000 visitatori 6 punti 20000 visitatori 7 punti 1 punto per ulteriori 10000 Nel caso in cui la manifestazione si svolga al chiuso il punteggio va raddoppiato	In base al numero dei biglietti venduti, alle precedenti esperienze di manifestazioni analoghe, o in base alla superficie libera disponibile (valore di riferimento 2 visitatori/mq è possibile risalire al numero effettivo di presenze previste Ogni 500 visitatori viene dato un punto



 TIPO DI MANIFESTAZIONE Ogni manifestazione ha un rischio intrinseco legato alle attività in essa previste:		 PRESENZA DI PERSONALITÀ Nel caso in cui la manifestazione preveda la partecipazione di personalità si considerano 10 punti ogni 5 personalità presenti o previste	
 POSSIBILI PROBLEMI DI ORDINE PUBBLICO Se in base ad informative delle forze dell'Ordine relative ai partecipanti alla manifestazione è da prevedere un rischio legato a fenomeni di violenza o di disordine saranno inoltre da conteggiare altri 10 punti		 1. i punti relativi al numero di visitatori consentito ed effettivo vanno sommati tra loro 2. Il risultato va moltiplicato per il fattore moltiplicativo relativo al tipo di Manifestazione I punteggi relativi alla presenza di personalità o problematiche di ordine pubblico vanno sommati al risultato ottenuto Il punteggio risultante identifica il rischio totale della manifestazione	
tipo di manifestazione	fattore di moltiplicazione		
Manifestazione sportiva generica	0,3		
Esposizione	0,3		
Bazar	0,3		
Dimostrazione o Corteo	0,8		
Fuochi d'artificio	0,4		
Mercatino delle pulci o di Natale	0,3		
Airshow	0,9		
Carnevale	0,7		
Mista (Sport+Musica>Show)	0,35		
Concerto	0,2		
Comizio	0,5		
Gara Auto/Motociclistica	0,8		
Manifestazione Musicale	0,5		
Opera	0,2		
Gara Ciclistica	0,3		
Equitazione	0,1		
Concerto Rock	1		
Rappresentazione Teatrale	0,2		
Show - parata	0,2		
Festa di quartiere o di strada	0,4		
Spettacolo di Danza	0,3		
Festa Folkloristica	0,4		
Fiera	0,3		
Gara di Fondo	0,3		

Definizione delle risorse necessarie in base al punteggio ottenuto							
Ambulanze da soccorso		Ambulanze da trasporto		Team di Soccorritori a piedi		Mezzi o unità medicalizzate	
Punteggio	Amb. socc	punteggio	Amb. trasp	punteggio	soccorritori	punteggio	medici
0,1 - 6,0	0	0,1 - 4,0	0	0,1 - 2,0	0	0,1 - 13,0	0
6,1 - 25,5	1	4,1 - 13,0	1	2,1 - 4,0	3	13,1 - 30,0	1
25,6 - 45,5	2	13,1 - 25,0	2	4,1 - 13,5	5	30,1 - 60,0	2
45,6 - 60,5	3	25,1 - 40,0	3	13,6 - 22,0	10	60,1 - 90,0	3
60,6 - 75,5	4	40,1 - 60,0	4	22,1 - 40,0	20	> 90,1	4
75,6 - 100,0	5	60,1 - 80,0	5	40,1 - 60,0	30		
> 100,1	6	80,1 - 100,0	6	60,1 - 80,0	40		
		100,1 - 120,0	8	80,1 - 100,0	80		
				100,1 - 120,0	120		



11
 La presente copia è conforme all'originale
 e si compone di fogli 6 e di 11
 facciate ciascuna valida da apposito
 timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo:
 Direzione Politiche della Salute".
 Pescara, li 24 NOV 2014



ATTI DELLA REGIONE

DECRETI

**PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del
23/07/2014)**

DECRETO 18.12.2014, n. 157

Attribuzione del pediatra di libera scelta al minore straniero non in regola con le norme sull'ingresso e sul soggiorno, secondo l'Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n° 255/CSR del 20.12.2012 "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome"

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese con le competenze ivi declinate;

VISTO il decreto commissariale n. 90/2014 del 12.08.2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso in qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del Dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

ATTESO CHE tra le materie di competenza del Subcommissario è prevista la "collaborazione, per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di rientro", nonché la "spesa per la medicina di base";

VISTO l'Accordo intervenuto, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n° 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome", repertoriato al n° 255/CSR del 20.12.2012 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale in data 07.02.2013 - Suppl. Ordinario n. 9;

VISTO il proprio Decreto n° 1/2014 del 20.01.2014, con cui il predetto Accordo è stato recepito dalla Regione Abruzzo e sono state fornite prime indicazioni sull'erogazione dell'assistenza sanitaria in favore del minore straniero da parte dei servizi e presidi delle Aziende Unità Sanitarie Locali, ai sensi del comma 3, lett. b), del D.Lgs. 25.7.1998 n. 286 e come prescritto dalla L. 27-5-1991 n. 176, di Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo;

CONSIDERATO che l'Accordo include i minori tra i soggetti che, a prescindere dal permesso di soggiorno, avrebbero titolo all'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale in applicazione della L. 176 del 27.05.1991 e dell'art. 35, comma 3, lettera b) del D. Lgs. 25.7.1998 n. 286 (pag. 6 dell'Allegato all'Accordo medesimo);

RILEVATO che il Tavolo della Mobilità internazionale ha avviato un percorso di revisione del testo del medesimo Accordo, che investe anche la problematica dell'iscrizione dei minori al SSN, non sussistendo, allo stato, le condizioni tecniche per procedervi;

VISTO il verbale di incontro del Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari" del 12 giugno 2014, che, con specifico riferimento alla questione dell'iscrizione obbligatoria dei minori non in regola con le norme sull'ingresso e/o sul soggiorno, dà atto delle problematiche

applicative che non consentono di dare completa esecuzione al contenuto dell'Accordo;

CONSIDERATO che, come rilevato nel predetto verbale, sono allo studio ipotesi operative per usare, ai fini dell'iscrizione al SSN, il codice STP o un codice identificativo a 16 caratteri ad hoc, omogeneo e valido in tutta Italia, e che il Ministero della Salute, che ha già avviato all'uopo le necessarie verifiche con l'Agenzia delle Entrate e il Ministero dell'Interno, fa riserva di aggiornare le Regioni in ordine agli esiti di questa attività;

CONSIDERATO che, in attesa delle previste indicazioni nazionali, si intende comunque provvedere, in ambito regionale, ad assicurare, oltre alle tutele già riconosciute nel Decreto 1/2014, l'assistenza del Pediatra di libera scelta ai bambini non in regola con le norme sull'ingresso e/o sul soggiorno di età inferiore o uguale a 14 anni, presenti sul territorio regionale, nella consapevolezza che questa forma di assistenza costituisca lo strumento più idoneo per garantire la tutela del minore, con un'attenzione rivolta non solo alla cura della patologia e all'urgenza, ma al monitoraggio dello stato di salute e alla prevenzione delle malattie;

RITENUTO, sempre nelle more di una regolamentazione nazionale uniforme, di dover garantire ai minori irregolari l'accesso al Pediatra di libera scelta con un sistema sperimentale, tenendo conto del fatto che la condizione di "irregolarità", con i problemi di identificazione e di mobilità che essa comporta, non consente di realizzare le condizioni minime necessarie per una assegnazione stabile del medico;

CONSIDERATO che, al fine di monitorare l'efficacia del presente provvedimento e la funzionalità e coerenza, sotto i profili amministrativo e pratico, le Aziende Unità Sanitarie Locali dovranno fornire - su richiesta e secondo le indicazioni dell'Organo Commissariale - appositi rendiconti in ordine all'attività svolta in attuazione del medesimo;

PRECISATO che, ai fini del presente provvedimento possono accedere al pediatra di libera scelta i minori stranieri di età inferiore o pari a 14 anni, non in regola con le norme sull'ingresso e/o sul soggiorno, figli di persone

immigrate non regolarmente presenti (cd. codice STP);

RILEVATO che l'accesso al PLS debba avvenire previo ordinario rilascio del tesserino STP da parte delle competenti Aziende Sanitarie locali, e che la prestazione del medico sia regolamentata secondo le modalità precisate, in fase di prima applicazione, nel documento allegato al presente Decreto come parte integrante e sostanziale, recante "Modalità operative per l'assegnazione del Pediatra di libera scelta al minore non in regola con le norme sull'ingresso o sul soggiorno" (Allegato A);

PRECISATO che gli oneri per prestazioni rese al titolo di cui al presente provvedimento, ivi compresa la spesa per la corresponsione della quota capitaria al pediatra, devono essere debitamente rendicontati dalle Aziende Unità Sanitarie Locali alla Regione Abruzzo, in quanto da imputarsi alla quota del Fondo sanitario nazionale di cui all'art. 35, comma 6, D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286;

CONSIDERATO che il presente provvedimento riveste carattere di urgenza, e che pertanto deve essere trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- 1) **di stabilire**, nelle more delle determinazioni da assumersi a livello nazionale nella materia e in via sperimentale, l'assegnazione del pediatra di libera scelta a favore dei minori con età inferiore o uguale a 14 anni, presenti sul territorio regionale e non in regola con le norme sull'ingresso e/o sul soggiorno (cd. codice STP);
- 2) **di precisare** che le modalità dell'erogazione dell'assistenza sono definite, in fase di prima applicazione, nel documento allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale, recante "Modalità operative per l'assegnazione del Pediatra di libera scelta al minore non in regola con le norme sull'ingresso o sul soggiorno" (Allegato A);

- 3) **di stabilire** che le Aziende Unità Sanitarie Locali sono tenute, su richiesta e in base alle indicazioni fornite dall'Organo Commissariale, a fornire appositi rendiconti in ordine all'attività svolta in attuazione del presente provvedimento;
- 4) **di rinviare** a successivi provvedimenti, anche all'esito delle verifiche sull'attuazione del presente atto da parte delle Aziende Unità Sanitarie Locali, l'eventuale revisione della regolamentazione del servizio, come stabilita in fase di prima applicazione col presente provvedimento, laddove emergano criticità organizzative allo stato non prevedibili;
- 5) **di precisare** che gli oneri per prestazioni rese al titolo di cui al presente provvedimento, ivi compresi quelli per la corresponsione della quota capitaria al pediatra, devono essere debitamente rendicontati dalle Aziende Unità Sanitarie Locali alla Regione Abruzzo, in quanto da

- imputarsi alla quota del Fondo sanitario nazionale di cui all'art. 35, comma 6, D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286;
- 6) **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la relativa validazione;
 - 7) **di notificare** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali, che dovranno provvedere ad adeguata informativa ai Medici Pediatri di libera scelta convenzionati nell'ambito territoriale di rispettiva competenza;
 - 8) **di pubblicare** il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo nonché sul sito internet dell'Ente, sezione "Atti della Regione".

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue allegato

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 157 del 11 8 DIC. 2014



(Allegato A)

MODALITÀ OPERATIVE PER L'ASSEGNAZIONE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA AL MINORE STRANIERO

1. AVENTI DIRITTO

I minori di età inferiore o uguale ad anni quattordici, presenti sul territorio regionale, figli di cittadini stranieri non in regola con le norme sull'ingresso e/o sul soggiorno (STP).

2. SCELTA DEL PEDIATRA

Può effettuare la richiesta e la scelta del pediatra la persona che si qualifica come genitore del minore.

Per assicurare il diritto all'assistenza pediatrica, al minore deve essere stato rilasciato apposito tesserino STP secondo le norme valide in via generale per gli stranieri irregolari o clandestini che necessitano di assistenza sanitaria¹.

Su esibizione di valido tesserino STP, l'Azienda Unità Sanitaria Locale competente rilascia, in favore del minore, uno specifico attestato in ordine al diritto all'assistenza pediatrica, che deve contenere, almeno:

- un codice identificativo (anche numero progressivo, preceduto dal codice della ASL), da mantenere in caso di rinnovo e da associare al fascicolo del minore
- nome e cognome dell'assistito
- data di nascita dell'assistito
- n° codice STP
- nominativo del pediatra
- data del rilascio e indicazione del termine finale di validità
- timbro della ASL/Ufficio di rilascio e sottoscrizione del Responsabile.

L'attestato deve recare altresì chiara indicazione delle modalità e termini in cui l'assistenza sanitaria può essere erogata².

L'Azienda USL rilascia all'avente diritto un originale, che deve essere dal medesimo conservato, e una copia autentica dell'attestato, da consegnare a cura dell'interessato al Pediatra di libera scelta.

All'atto del primo accesso, l'interessato deve esibire al pediatra l'attestato originale per l'esecuzione delle prestazioni necessarie al minore, ai fini della verifica della scadenza e dell'identificazione del codice STP associato al minore, e consegnare la

¹ Ai sensi dell'art. 43, comma 3, del D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394

² Un modello dell'attestato è allegato a titolo esemplificativo al presente documento

copia autentica in suo possesso. Il pediatra ha diritto in ogni caso di richiedere all'interessato l'esibizione dell'originale dell'attestato.

3. DURATA DEL DIRITTO

La scelta del pediatra è a tempo determinato.

Il diritto all'assistenza del pediatra è assicurato per tre mesi dal rilascio dell'attestato con possibilità di rinnovo, di tre mesi in tre mesi fino al raggiungimento del limite di età dell'avente diritto, sul presupposto:

della permanenza del minore sul territorio della Azienda USL che eroga l'assistenza;
della perdurante validità del tesserino STP.

Ai fini del rinnovo è onere del richiedente recarsi presso gli Uffici individuati dalle Aziende Unità Sanitarie Locali e dichiarare lo stato di permanenza del minore sul territorio regionale.

In caso di scadenza del termine e mancato rinnovo, l'assistenza pediatrica cessa automaticamente. Laddove l'utente si rechi dal pediatra sprovvisto di valido attestato o con un attestato scaduto, sarà invitato a recarsi presso gli Uffici dell'Azienda Unità Sanitaria Locale competente, ai fini amministrativi di regolarizzazione oppure per ottenere l'eventuale assistenza erogabile in via generale, nelle apposite sedi aziendali, agli stranieri temporaneamente presenti ai sensi dell'art. 35 D. Lgs. 286/1998.

4. AMBITO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO PER LE PRESTAZIONI

Le prescrizioni relative a visite specialistiche o accertamenti diagnostici effettuate dal Pediatra di Libera Scelta possono essere eseguite esclusivamente presso le strutture sanitarie pubbliche della Regione Abruzzo. L'assistenza farmaceutica è erogata presso le farmacie pubbliche o le farmacie convenzionate che insistono sul territorio regionale.

5. MODALITÀ DI PRESCRIZIONE

Il pediatra, previa verifica della validità dell'attestazione di cui al punto 2, presta l'assistenza sanitaria occorrente nella misura e con le modalità consentite, in via generale, per gli iscritti al SSN.

Nelle more della piena attivazione delle funzionalità di registrazione dei pazienti FTP, predisposte da SoGeI sulla piattaforma "sistemats", i PLS adotteranno esclusivamente la modalità prescrittiva ordinaria, ossia attraverso la ricetta cartacea rossa del ricettario a loro assegnato dalla ASL e in aderenza al DISCIPLINARE TECNICO DELLA RICETTA SSN E SASN (paragrafo 3.1.4.7 campo "Tipo ricetta"). In particolare il campo "tipo ricetta" verrà compilato con il codice ST.

Sarà cura dell'Amministrazione regionale disciplinare l'avvio delle prescrizioni dematerializzate anche per la casistica in argomento attraverso apposite comunicazioni.

La rendicontazione delle prestazioni avverrà sia attraverso le modalità descritte nel successivo p.to 6 e sia nell'ambito della trasmissione mensile, da parte degli erogatori, di cui al comma 5 dall'art. 50 del Decreto-Legge n. 269 del 30 settembre 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326 del 24 novembre 2003 (in tal senso è prioritario compilare il campo della prescrizione denominato "tipo ricetta" con la dicitura ST).

Le modalità di compilazione della ricetta sono le seguenti:

Parte anteriore della ricetta

Nell'apposito spazio indicare il cognome e nome (che può essere omissivo a richiesta dell'interessato e si potrà usare in alternativa l'apposito adesivo per coprire le generalità)³

Nello spazio **codice assistito** va indicato il codice STP

Nel campo **tipo di ricetta** va inserita la sigla ST

Nel campo esenzioni, qualora il soggetto non goda ad altro titolo dell'esenzione alla spesa, può essere inserito il codice X01 in applicazione di quanto precisato nella Circolare del Ministero della salute n° 5/2000⁴, ove specificato nell'attestato rilasciato dalla AUSL.

Ai fini dell'esenzione, va ribadito che l'art. 35 comma 4 del D. lgs. 25 luglio 1998, n. 286 stabilisce che *"Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani"*, e che l'art. 43 del D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394 stabilisce che *"gli oneri per le prestazioni sanitarie di cui all'articolo 35, comma 3, del testo unico, erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico della U.S.L. competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate."*

³ Tale tutela può essere opportuna in relazione al principio per cui l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano (art. 35, comma 5, D. Lgs. 286/1998).

⁴ *"Lo straniero indigente, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne: le prestazioni sanitarie di primo livello, le urgenze, lo stato di gravidanza, le patologie esenti o i soggetti esenti in ragione dell'età o in quanto affetti da gravi stati invalidanti.*

In conformità a quanto stabilito dal suddetto comma 4 dell'art. 43 del Regolamento di attuazione anche le quote di partecipazione alla spesa non versate sono a carico della U.S.L. competente per il luogo in cui le prestazioni sono erogate".

Pertanto, quando lo straniero non goda di esenzione ad altro titolo (es. gravidanza, malattia cronica, ecc.) per l'esenzione ticket il codice da utilizzare è X01 (Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti, art. 35 comma 3 D. Lgs. 286/1998; art. 43 comma 4 DPR 31.08.1999).

Pertanto, di norma, sono dovute le quote di compartecipazione alla spesa a parità di condizioni con i cittadini italiani.

Nell'apposito spazio va indicata (in maniera leggibile) la prescrizione (es. prestazione specialistica, farmaci, ecc. ...).

La parte posteriore della ricetta non deve essere compilata

6. PRECISAZIONI SULLA REMUNERAZIONE DEL PLS

Il medico prescrittore non può essere remunerato **dal paziente** per le prestazioni rese. Il PLS ha diritto alla remunerazione prevista dall'ACN e dall'AIR della Pediatria di Libera Scelta. Le prescrizioni eventualmente effettuate al di fuori del periodo di validità della tessera non possono essere a carico del Fondo sanitario.

7. OBBLIGHI DELLE AUSL

Le Aziende Unità Sanitarie Locali registrano e conservano, ai fini esclusivi dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, tutta la documentazione relativa all'attribuzione dell'attestato, compresi i dati identificativi delle persone maggiorenni che ne fanno richiesta per il minore.

Le Aziende Unità Sanitarie Locali provvedono, su richiesta della Regione, a rendicontare periodicamente il numero di attestati rilasciati e rinnovati.

Le Aziende Unità Sanitarie Locali sono tenute a rendicontare alla Regione le spese sostenute per l'assistenza sanitaria erogata in favore del minore STP⁵, e dovranno pertanto procedere alle necessarie rilevazioni, includendo nei rendiconti periodici **la spesa sostenuta per l'assistenza assicurata dal pediatra di libera scelta**, nonché (conformemente a quanto dovrebbe già regolarmente avvenire ai sensi dell'art. 35, comma 3, D.Lgs. 286/1998) quella relativa alle prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale, diagnostiche e farmaceutiche erogate in favore del minore.

⁵ Fermo restando il finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali a carico del Ministero dell'interno, agli oneri recati dalle rimanenti prestazioni contemplate nel comma 3, nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, si provvede nell'ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, con corrispondente riduzione dei programmi riferiti agli interventi di emergenza.

Fac simile

Azienda Unità Sanitaria Locale _____
 Servizio _____
 Ufficio _____

ATTESTATO ASSISTENZA PEDIATRICA MINORE STP

N° _____

Nome		Cognome	
Data di nascita			
N° Codice STP			
Nominativo Pediatra/Sede			
Data di rilascio		Data di scadenza attestato	
Codice esenzione *			
Note			

Timbro dell'Ufficio

Firma del Responsabile

Un originale del presente attestato deve essere conservato dall'interessato ed esibito al Pediatra di libera scelta al primo accesso e, eventualmente, su sua richiesta; una copia autentica deve essere consegnata al Pediatra di libera scelta.

Dà diritto all'assistenza pediatrica in favore del minore nel territorio della Regione Abruzzo, dalla data del rilascio alla data di scadenza debitamente indicata.

In presenza di valido attestato, il minore ha diritto alle prestazioni sanitarie nella misura e con le modalità consentite, in via generale, per gli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

Le prescrizioni relative a visite specialistiche o accertamenti diagnostici effettuate dal Pediatra di Libera Scelta possono essere eseguite esclusivamente presso le strutture sanitarie pubbliche della Regione Abruzzo. L'assistenza farmaceutica è erogata esclusivamente presso le farmacie pubbliche o le farmacie convenzionate che insistono sul territorio regionale.

* Ai fini dell'esenzione, va ribadito che l'art. 35 comma 4 del D. lgs. 25 luglio 1998, n. 286 stabilisce che "Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani", e che l'art. 43 del D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394 stabilisce che "gli oneri per le prestazioni sanitarie di cui all'articolo 35, comma 3, del testo unico, erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico della U.S.L., competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate."

Qualora il soggetto non goda ad altro titolo dell'esenzione alla spesa, può essere indicato il codice X01 in applicazione di quanto precisato nella Circolare del Ministero della Sanità n° 5/2000: "Lo straniero indigente, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne: le prestazioni sanitarie di primo livello, le urgenze, lo stato di gravidanza, le patologie esenti o i soggetti esenti in ragione dell'età o in quanto affetti da gravi stati invalidanti.

In conformità a quanto stabilito dal suddetto comma 4 dell'art. 43 del Regolamento di attuazione anche le quote di partecipazione alla spesa non versate sono a carico della U.S.L. competente per il luogo in cui le prestazioni sono erogate".

**PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del
23/07/2014)**

DECRETO 18.12.2014, n. 158

**Trasferimento temporaneo attività
sanitaria Società Villa Gaia srl – Presa
d'atto.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo, Dr. Luciano D'Alfonso, è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

RICHIAMATO il Decreto n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Dr. Luciano D'Alfonso come Commissario ad acta;

VISTA ALTRESÌ la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad acta "all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale";

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

VISTA la L.R. 31.07.2007, n. 32, recante "Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private";

VISTA la L.R. 10.03.2008, n. 5, Piano Sanitario Regionale 2008-2010;

VISTE le note dell'14.06.2012 e da ultimo del 16 maggio 2014, con cui la Società Villa Gaia srl, che risulta provvisoriamente accreditata per l'erogazione di prestazioni sanitarie in Residenze sanitarie assistenziali ed ammessa per l'anno 2014 alla negoziazione con un tetto di spesa annuale pari ad € 533.607,00, previa comunicazione al Comune competente e giusta nota n. prot. RA/41168/COMM dell'11.02.2014, ha proceduto al trasferimento temporaneo, nelle more dell'espletamento di lavori di manutenzione e adeguamento, dell'attività sanitaria in residenze sanitarie assistenziali presso la sede della Casa di Cura Nova Salus, ubicata in Trasacco (AQ) ed afferente il medesimo gruppo imprenditoriale Di Lorenzo;

VISTA la nota acquisita al protocollo regionale n. RA/247810 del 08.10.2013, con cui la struttura Villa Gaia srl (Aq) chiede la relativa presa d'atto, da parte dell'Ufficio Regionale competente;

RICHIAMATA la richiesta di chiarimenti, prevenuta dalla competente Azienda Usl il 20 agosto 2014 e la successiva nota n. prot. Ra/243647/COMM del 17 settembre 2014, con la quale l'Ufficio commissariale ribadiva che "non si ravvisano motivi ostativi a che la Struttura Villa Gaia srl prosegua la propria attività in via temporanea e fino a completamento dei lavori presso la sede di Luco dei Marsi (Aq) nella Nova Salus di Trasacco, afferente il medesimo Gruppo imprenditoriale "Di Lorenzo" precisando che sarebbe intervenuto apposito provvedimento autorizzatorio a sanatoria";

PRECISATO che, anche al fine di consentire il corretto e completo espletamento dei lavori di manutenzione e tenuto conto del processo di riconversione in atto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 dello schema di accordo negoziale così come modificato nell'allegato A parte integrante e sostanziale del predetto provvedimento, non si ravvisano effettivamente condizioni ostative a che la società Villa Gaia srl sia autorizzata ad erogare prestazioni di Residenze sanitarie assistenziali presso la Nova Salus di Trasacco, afferente il medesimo Gruppo imprenditoriale Di Lorenzo;

RILEVATO che il presente atto riveste carattere di urgenza, e come tale sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e

dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- 1) **di prendere atto** e conseguentemente autorizzare il trasferimento temporaneo della Struttura Villa Gaia srl presso la sede di Trasacco, afferente il medesimo Gruppo imprenditoriale, nei sensi e per le finalità di cui in narrativa;
- 2) **di precisare** che nelle more dell'espletamento dei lavori di adeguamento previsti da cronoprogramma e medio tempore la Struttura è autorizzata a proseguire l'erogazione di prestazioni sanitarie in Residenze Sanitarie Assistenziali avendo sottoscritto lo schema di accordo negoziale per l'annualità corrente;
- 3) **di stabilire** che le prestazioni rese medio tempore dalla predetta Struttura e fino alla notifica del presente provvedimento ai soggetti interessati potranno essere remunerate, salvo il ristoro delle spese vive sostenute, previo riconoscimento dell'effettiva utilità per il SSr nella misura massima del 90% della tariffa giornaliera fissata da DGR 661/2002, come modificata dal Decreto del commissario ad acta n. 105/2014;
- 4) **di notificare** il presente provvedimento ai soggetti interessati e di trasmetterlo al Comune di Luco dei Marsi e al Comune di Trasacco, nonché all' Azienda Sanitaria Locale di L'Aquila - Avezzano - Sulmona e all'Agenzia Sanitaria Regionale;
- 5) **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- 6) **di pubblicare** il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA (Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23/07/2014)

DECRETO 18.12.2014, n. 160

Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza" Rep. Atti n.138/cu del 13/11/2014.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto commissariale n. 90/2014 del 12.08.2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso in qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro, con decorrenza dell'incarico dal 12.08.2014;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il Dr. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 con i Programmi operativi di cui all'art. 2, co. 88 della L. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario, Dr. Giuseppe Zuccatelli di collaborare con il Commissario ad acta anche "per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia

sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di Rientro";

VISTO il Decreto commissariale n. 20/2012 di presa d'atto dell'insediamento del Dr. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario con decorrenza dell'incarico dall'11 giugno 2012;

VISTO l'articolo 4, comma 1, del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che affida alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

RICHIAMATO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane Rep. Atti n.4/CU del 24/01/2013 sul documento "Piano di azioni nazionale per la salute" (PANSM) che per i minorenni mette in evidenza alcune caratteristiche specifiche: "Nel caso della tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, benché valgano principi analoghi [alla presa in carico dei soggetti adulti] e anche qui sia opportuna una riflessione sulla differenziazione dei percorsi di assistenza, vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e agli interventi in età evolutiva.

- 1) L'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo, e degli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità.
- 2) In conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche, e la riabilitazione è componente imprescindibile del processo di cura.

- 3) In modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.";

CONSIDERATO che il PANSM ha posto come primo obiettivo quello della "Esistenza (realizzazione) di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva".

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane Rep. Atti n.138/CU del 13/11/2014 sul documento "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza", allegato sub A) quale parte integrante dell'Accordo stesso, che pone come primo obiettivo;

ATTESO che il documento sopracitato si propone di fornire indirizzi omogenei nel territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema dell'offerta dei Dipartimenti di salute mentale - servizi di neuropsichiatria infantile dell'infanzia e dell'adolescenza (NPA) - delle Aziende Sanitarie Locali regionali, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio-riabilitativo), sia per programmi e tipologie d'intervento correlati alla patologia e alla complessità dei bisogni;

RILEVATO che gli indirizzi sono finalizzati a promuovere una metodologia incentrata sui percorsi di cura e su una modalità di lavoro per progetti di intervento specifici e differenziati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, che mira a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro dell'équipe, i programmi clinici offerti agli utenti;

CONSIDERATA la funzione di orientamento degli indirizzi rispetto all'evoluzione e alla complessità della domanda assistenziale nell'area della residenzialità psichiatrica e alla conseguente necessità di adeguare l'offerta del sistema dei Dipartimenti di salute mentale

delle Aziende USL abruzzesi sulla base delle indicazioni del documento “Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichiatrici dell’infanzia e dell’adolescenza”;

RITENUTO che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla approvazione degli indirizzi programmatici alle Aziende Sanitarie Locali e che, pertanto, il presente atto non è stato sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di recepire** i contenuti dell’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane Rep. Atti n.138/CU del 13/11/2014 sul documento “Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichiatrici dell’infanzia e dell’adolescenza” sancito ai sensi dell’articolo 9 comma 2,lett.c) del decreto

legislativo 28 agosto 1997, n. 281 ed allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del medesimo (Allegato A);

2. **di dare mandato** al Servizio “Programmazione socio-assistenziale, Progettualità di Territorio, Medicina Sociale e Tutela della Salute Mentale e delle Dipendenze” della Direzione Politiche della Salute di porre in essere gli adempimenti necessari all’attuazione del documento di cui al presente provvedimento;
3. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze, siccome previsto nell’Accordo con la Regione Abruzzo per l’attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario, per la relativa validazione;
4. **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo per gli adempimenti di competenza;
5. **di disporre** la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale Telematico e sul sito WEB della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D’Alfonso

Segue allegato

7



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Codice sito: 4.10/2014/67

Presidenza del Consiglio dei Ministri
 CSR 0004734 P-4.23.2.10
 del 20/11/2014



10432319

Al Ministero della Salute

- Gabinetto

gab@postacert.sanita.it

- Direzione generale della prevenzione

dgprev@postacert.sanita.it

Al Ministero del lavoro e delle politiche sociali

- Gabinetto

gabinettoministro@mailcert.lavoro.gov.it

Al Ministero dell'Istruzione, università e ricerca

- Gabinetto

uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Al Ministero della giustizia

- Gabinetto

centrocifra.gabinetto@giustiziacert.it

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze

- Gabinetto

confgabmef@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere generale dello Stato

rgs.ragioneregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

c/o CINSEDO

conferenza@pec.regioni.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

(CSR PEC LISTA 3)

All'Assessore della Regione Veneto

Coordinatore Commissione salute

protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

statoregioni@pecveneto.it

All'Assessore della Regione Liguria

Coordinatore Commissione politiche sociali

LORO SEDI



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza".

Si trasmette, per il seguito di competenza, l'atto dell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata, nella seduta del 13 novembre 2014.

Il Segretario
Antonio Naddeo

LD

T

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza".

Rep. Atti n. 138/cu del 13 NOV. 2014

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 13 novembre 2014:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4/CU;

VISTA la nota in data 20 ottobre 2014, con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, il documento indicato in oggetto, diramato alle Amministrazioni centrali ed alle Autonomie locali con lettera del 29 ottobre 2014;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 6 novembre 2014 le Amministrazioni centrali interessate, le Regioni e l'ANCI hanno espresso parere tecnico favorevole;

VISTA la nota del 6 novembre 2014, con cui la Regione Liguria, Coordinatrice della Commissione politiche sociali, ha comunicato l'assenso tecnico sulla proposta di accordo in parola;

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

Articolo 1

1. E' approvato il documento recante "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico - riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

2. Alle attività previste dal presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

ALLEGATO A)



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
14/130/CR08a/C8

**PROPOSTA DI ACCORDO STATO-REGIONI SUL
DOCUMENTO RECANTE**

**GLI INTERVENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI
TERAPEUTICO RIABILITATIVI PER I DISTURBI
NEUROPSICHICI DELL'INFANZIA E
DELL'ADOLESCENZA**

Indice:

- Premessa
1. Le Strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza: principi generali;
 2. Indicazioni sull'assetto organizzativo;
 3. Inserimento residenziale e semiresidenziale terapeutico di minorenni con patologie psichiatriche: Piano di trattamento individuale e Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato;
 4. Tipologia dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali terapeutici per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza;
 5. Indicazioni per l'accreditamento;
 6. Monitoraggio e verifiche

1



Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, dedica un capitolo specifico alla tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza.

Il PANSM, mentre per i pazienti adulti prevede tre distinti modelli clinico organizzativi a seconda della gravità dei quadri clinici e delle compromissioni funzionali dei pazienti, per i minorenni mette in evidenza alcune caratteristiche specifiche: *“Nel caso della tutela della salute mentale dell’infanzia e dell’adolescenza, benché valgano principi analoghi [alla presa in carico dei soggetti adulti] e anche qui sia opportuna una riflessione sulla differenziazione dei percorsi di assistenza, vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza e agli interventi in età evolutiva.*

- 1) *L’intervento multidisciplinare d’équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell’interazione costante tra le diverse linee di sviluppo e degli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità.*
- 2) *In conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche, e la riabilitazione è componente imprescindibile del processo di cura.*
- 3) *In modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l’intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.*

Coerentemente con detti principi il PANSM, dopo aver evidenziato la rilevante difformità organizzativa nelle varie Regioni relativamente ai servizi di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza (NPIA) e alle risorse ad essi dedicate, con conseguenti criticità della risposta fornita, pone come primo obiettivo il seguente: *“Esistenza (realizzazione) di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell’età evolutiva”.*



Disporre di una rete integrata di servizi di NPIA (ambulatoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali) risponde al principio della continuità terapeutica (in opposizione alla frammentazione degli interventi) che è garantita da un servizio territoriale di riferimento a cui è affidato il coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nell'ambito della comunità locale (ruolo che nella rete psichiatrica per gli adulti è assegnata al centro di salute mentale e che per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva deve essere svolto dal servizio territoriale di NPIA). Il coordinamento, ai fini della continuità terapeutica, deve riguardare tutti gli interventi: ambulatoriali, domiciliari, in regime semiresidenziale e residenziale, in regime di ricovero ospedaliero per le fasi di acuzie; deve essere previsto inoltre un collegamento formale stabile con le aree dei consultori e della dipendenza patologica, oltre che con l'area sociale, l'area educativa e quella giudiziaria.

In particolare, gli interventi per i minorenni con disturbo neuropsichico grave devono poter garantire una diagnosi precoce, interventi tempestivi e quando necessario, intensivi, nel contesto meno restrittivo possibile, con la possibilità di presa in carico di lungo periodo, in un'ottica di appropriatezza e di percorsi di cura. Per evitare una eccessiva medicalizzazione del minore con disturbi psichiatrici, va valutata la priorità di interventi di supporto sanitario realizzati nell'ambito di strutture a carattere socio-educativo, attraverso attività cliniche e riabilitative, di consulenza e supporto e svolte da specifiche professionalità.

Nei termini indicati, la tempestività nell'individuazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, soprattutto nelle disabilità complesse, è elemento fondamentale per l'appropriatezza delle risposte. A livello regionale si devono individuare criteri che consentano di ottimizzare i passaggi tra l'accesso, la valutazione, la presa in carico, la riabilitazione/abilitazione, garantendo omogeneità ed equità di risposte su tutto il territorio regionale.

Di contro, è abbastanza generalizzata una carenza di strutture ed interventi per i disturbi neuropsichici nei minorenni, specie se in fase di acuzie. A fronte di un numero di posti letto di NPIA, peraltro non presenti in tutte le Regioni, per ricoveri ordinari già molto basso (nel 2012 ne risultavano 336 a livello nazionale, con una diminuzione del 35% rispetto al 2008)¹, i letti dedicati alle patologie psichiatriche in età evolutiva risultano meno di 80². La carenza di risorse

¹ Ministero della Salute – Direzione generale sistema informativo e statistico sanitario. NSIS – Flussi SDO, 2012.

² 1) Atti del Convegno "Modelli innovativi di intervento nella crisi acuta in adolescenza", Milano, maggio 2010. 2) Documento GAT "Acuzie Psichiatrica in Adolescenza", Regione Lombardia, febbraio 2012.



ospedaliere minime, solo in parte tamponata con il ricorso "alternativo" a ricoveri in contesti poco adatti come il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) o i reparti pediatrici, o all'inserimento improprio in strutture residenziali terapeutiche, determina emergenze e cronicizzazioni evitabili, secondarie all'inadeguatezza delle cure e a comunicazioni difficili tra Territorio e Ospedale.

Inoltre, quando è possibile un ricovero appropriato in ambiente NPIA, la sua durata finisce per essere condizionata dalla difficoltà di dimissione verso un ambiente terapeutico adeguato, più che dai tempi di gestione e contenimento dell'urgenza che lo aveva determinato.

Diventa, pertanto, imprescindibile definire standard di riferimento e relativi criteri di accreditamento per le componenti organizzative della rete, sia relativamente al fabbisogno territoriale (per le attività ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali), sia relativamente al fabbisogno di posti letto ospedalieri, in un'ottica di appropriatezza, considerando che la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza deve occuparsi di condizioni patologiche neurologiche e psichiatriche in un target di popolazione non omogeneo che comprende soggetti dall'età infantile a quella adolescenziale.

Come già evidenziato nel PANSM, vi è inoltre la fondamentale esigenza di una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra i servizi di salute mentale per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta, con l'elaborazione di modelli operativi innovativi che prevedano la creazione di équipe integrate dedicate alla prevenzione, all'intervento precoce e alla continuità del percorso di cura. Da sottolineare che l'applicazione di modelli innovativi di intervento integrato tra i due servizi consente di affrontare adeguatamente gravi disturbi, che hanno il loro esordio proprio nell'ambito della fascia dei 16-20 anni, quali le psicosi e i disturbi del comportamento alimentare (DCA). In secondo luogo, ciò può agevolare non l'adozione formale di prassi di trasferimento automatico di utenti tra servizi di NPIA e Servizi di Salute Mentale per adulti, al compimento della maggiore età, bensì la condivisione approfondita del percorso di cura individuale del giovane, al fine di valutare gli interventi appropriati e di individuare le soluzioni idonee, con il coinvolgimento di tutti i diversi servizi competenti.

Fermo restando che la programmazione della rete integrata sociosanitaria costituisce obiettivo prioritario e propedeutico alla realizzazione di tutti gli altri



obiettivi previsti dal PANSM, il presente documento si riferisce al secondo obiettivo, relativamente ai trattamenti residenziali e semiresidenziali terapeutici.

I trattamenti in regime semiresidenziale e residenziale costituiscono un elemento importante dell'intervento in favore dei minorenni con disturbi neuropsichici; a fronte di ciò, sono del tutto diversificate, come già sopra segnalato, le indicazioni normative e programmatiche, sia a livello nazionale che locale. In base alla rilevazione effettuata dai tecnici regionali del settore sull'anno 2011³, nella maggior parte delle Regioni le strutture residenziali terapeutiche di NPIA non sono presenti né sono previste dalla normativa regionale; la semiresidenzialità terapeutica, soprattutto psichiatrica, è carente in modo trasversale, mentre il 90% dei circa 500 posti di residenzialità terapeutica esistenti si colloca nelle regioni del nord-ovest, con differenze marcate relativamente ai criteri organizzativi e di funzionamento: tipologie strutturali, dotazione di personale, soggetti destinatari, criteri e procedure di inserimento, modalità di finanziamento e relative tariffe, requisiti di accreditamento, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

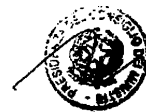
I servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza trattano inoltre diverse tipologie di utenza: minorenni con disturbi psichiatrici, neurologici e neuropsicologici, alcuni dei quali determinano disabilità complesse, associate o meno a disturbi comportamentali. A tal proposito, pur senza ricorrere a separazioni radicali, appare opportuno individuare risposte terapeutiche semiresidenziali e residenziali differenziate per gli utenti con patologie psichiatriche e per gli utenti con disabilità, adeguate alla tipologia di bisogni prevalenti, in rapporto anche alle diverse fasce di età.

Benché gli aspetti generali trattati nel presente documento siano analoghi per entrambe le tipologie di utenti, i capitoli specifici sono relativi solo ad utenti con patologie psichiatriche e si rimandano a successivi documenti di indirizzo gli approfondimenti relativi agli interventi residenziali terapeutici di NPIA per utenti con disabilità fisica o intellettiva.

Accanto a queste prime considerazioni, occorre anche tener presenti:

- i cambiamenti avvenuti nello scenario familiare e sociale;
- l'evoluzione dei bisogni assistenziali emergenti nella popolazione minorile, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai

³ Rilevazione effettuata attraverso i referenti tecnici regionali del settore.



- contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale);
- i cambiamenti normativi che hanno determinato il trasferimento dall'Amministrazione della Giustizia minorile al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie, ivi compresa la tutela della salute mentale in favore dei minori sottoposti a provvedimento penale;
 - l'evoluzione delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione.

Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

Si sottolinea che tale *impostazione metodologica è comune a quella usata per la stesura del documento "Le strutture residenziali psichiatriche"*⁴ -

Nella declinazione degli indirizzi operativi che seguono è opportuno fare riferimento anche ad altri documenti ufficiali di analisi e di valutazione elaborati nel recente passato, quali:

- Progetto Mattoni del SSN: Mattone 12 *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, per le parti relative alla salute mentale e alla disabilità (Ministero della Salute) 2007
- Relazione della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA *Prestazioni residenziali e semiresidenziali* (Ministero della Salute) 2007
- Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato Regioni 10 febbraio 2011)
- Progetto obiettivo materno infantile 1998-2000
- Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000 (capitolo "Area organizzativa dei Servizi di salute mentale e riabilitazione per l'età evolutiva")
- Glossario dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle attività correlate (versione approvata formalmente dal consiglio direttivo SINPIA il 23 marzo 2005)
- Un sistema di indicatori per analizzare i Sistemi di Salute Mentale delle Regioni. Settore Infanzia e Adolescenza (GISM 2010)

⁴ Accordo in Conferenza Unificata del 17.10.2013



- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (accordo Conferenza Unificata 26 novembre 2009)

1. Le Strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza: principi generali

Le strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche sono dedicate al trattamento di minorenni con disturbi neuropsichici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi, associati a interventi di supporto sociosanitario, all'inclusione sociale, nei contesti di vita del minore e costituiscono una importante componente della rete dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza.

Un minorenne con un disturbo neuropsichico che determina difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica e con necessità di interventi multi professionali, è preso in carico dal Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza che elabora un Piano di Trattamento Individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura semiresidenziale o residenziale per un trattamento terapeutico-riabilitativo.

L'inserimento in una struttura semiresidenziale o residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, basata su criteri di appropriatezza, come processo attivo e non di autorizzazione "passiva".

Si sottolinea che il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" con il minorenne, con la partecipazione della famiglia e il coinvolgimento dei competenti servizi sociali per i minori, della rete educativa/scolastica, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione al trattamento.

Il Servizio inviante segue e monitora, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi.

Ciò premesso, va sottolineato che le strutture semiresidenziali e quelle residenziali, pur entrambe con finalità riabilitative, hanno indicazioni e caratteristiche differenti. Le semiresidenze forniscono un servizio diurno, ospitando un'utenza con bisogni assistenziali che consentono la permanenza



nell'ambito familiare e nel contesto socio educativo di riferimento e dunque rappresentano l'intervento da privilegiare nel trattamento dei disturbi neuropsichici dei minorenni, anche al fine di prevenire la necessità di ricovero ospedaliero o di inserimento in struttura residenziale terapeutica e di minimizzarne la durata. L'indicazione all'inserimento residenziale è invece collegata alla presenza di bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi maggiormente intensivi, non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale, o nei quali vi sia anche l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale.

Ciò implica la necessità di individuare specifici criteri di inserimento per le due tipologie di percorso e di indicare i possibili raccordi laddove il percorso di cura ne preveda l'avvicendamento.

Nel rimandare ai successivi capitoli in cui verranno descritte le specifiche caratteristiche dei percorsi semiresidenziali e residenziali per gli utenti con patologia psichiatrica, si ritiene mettere qui in rilievo alcuni aspetti rilevanti per tutti gli utenti con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva.

Contrasto dell'istituzionalizzazione. E' noto come l'istituzionalizzazione, specie se prolungata, possa avere ricadute negative sul percorso di crescita e sviluppo dei minorenni e sulla loro integrazione nel contesto di appartenenza. Essa va pertanto limitata al tempo indispensabile a garantire la terapeuticità necessaria.

Elemento importante per contrastare l'istituzionalizzazione è la presenza di criteri di appropriatezza relativi all'inserimento e alla sua durata, la connotazione puntuale dei percorsi di cura in rapporto alle caratteristiche del programma terapeutico riabilitativo adottato e la presenza di strutture territoriali, semiresidenziali e di ricovero per gestire adeguatamente tutte le fasi del percorso.

La territorialità. Dai dati disponibili⁵ risulta che la maggior parte degli inserimenti residenziali terapeutico riabilitativi dei minori con disturbi neuropsichici oggi avviene a significativa distanza dal luogo di residenza. Ciò implica numerose conseguenze negative, rendendo più difficile il raccordo tra struttura residenziale e servizio inviante, il mantenimento delle relazioni significative, il reinserimento sociale nell'ambiente di provenienza. Si sottolinea, quindi, l'importanza che

⁵ La psichiatria di comunità in Lombardia: Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012).



l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di residenza o, comunque, del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale, fatto salvo quando vi sia specificamente la necessità di un allontanamento.

Le fasce d'età. L'inserimento in struttura residenziale terapeutica è più frequente in età adolescenziale, ma può avvenire anche in altre epoche della vita. Premesso che nelle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche non è in genere opportuna la contemporanea presenza di utenti con età molto diverse, qualora questo avvenga, devono essere previste modalità organizzative che consentano la gestione con moduli differenziati per età, perché i bisogni e le risposte necessarie sono molto differenti.

L'integrazione socio-sanitaria. E' uno dei temi più critici e complessi. Nei minorenni con disturbi neuropsichici, nella maggior parte dei casi, sono necessari interventi sanitari (terapeutico riabilitativi) e interventi sociali (educativo pedagogici, sostegno alle famiglie ecc.), con una prevalenza variabile fra gli uni e gli altri. Tale necessità si propone anche quando i minori sono inseriti in strutture residenziali. Le soluzioni adottate nelle varie regioni sono diversificate, prevedendo strutture residenziali terapeutico-riabilitative, a gestione sanitaria, e strutture residenziali socio educative, a gestione sociale, nelle quali gli eventuali interventi sanitari sono garantiti dalle ASL anche tramite protocolli di collaborazione con i servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza. A fronte di ciò, con il presente documento si intende fornire indicazioni sulle caratteristiche clinico organizzative dei percorsi residenziali e semiresidenziali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando i differenti livelli di intensità terapeutico riabilitativa, fermo restando che, ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", nelle strutture sanitarie residenziali, gli interventi sanitari e socio-sanitari sono a carico del fondo sanitario nazionale. Eventuali interventi socio educativi possono essere forniti a carico dei servizi sociali, tramite opportuni protocolli di collaborazione tra ASL e Ambiti territoriali sociali.

Rapporti con il Tribunale per i Minorenni. L'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di minorenni con disturbi neuropsichici può essere richiesto dal Tribunale per i Minorenni, sia nell'ambito della tutela, sia per provvedimenti penali. In tali casi deve essere attivata una concertazione tra il Servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, la Magistratura minorile ed i servizi sociali per minori dell'Ambito, per individuare, tramite una valutazione congiunta, gli interventi più appropriati ed efficaci per ogni singolo caso e, laddove non è necessario un ricovero ad elevata integrazione



sanitaria, prevedere anche Comunità Educativo Assistenziali supportate dai servizi di Neuropsichiatria dell'ASL, con quote sanitarie riconducibili ai livelli di intensità assistenziale dell'intervento, secondo quanto previsto dai LEA e comunque concordate tra ASL e Comuni.

Transizione dalla minore età all'età adulta. Il passaggio alla maggiore età rappresenta una fase assai delicata, che non sempre coincide con la chiusura di un percorso e l'apertura di un altro. Richiede pertanto la stretta integrazione tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta, inclusa l'individuazione di modalità che consentano l'eventuale prosecuzione del percorso terapeutico nell'ambito della struttura residenziale o semiresidenziale per minorenni anche dopo il compimento del diciottesimo anno, previa valutazione congiunta tra gli operatori di riferimento dei servizi dell'età evolutiva e dei servizi dell'età adulta, per un periodo comunque breve, per obiettivi specifici e nell'ambito di una progettualità condivisa tra i servizi, l'utente e la famiglia, nel rispetto dei bisogni clinici e riabilitativi del soggetto.

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

Personale

Sia in ambito residenziale che semiresidenziale, l'équipe è multi professionale e deve prevedere la presenza di medici neuropsichiatri infantili, psicologi esperti nell'età evolutiva, educatori professionali e/o personale riabilitativo. La presenza di infermieri ed operatori sociosanitari (OSS) è indispensabile nelle strutture residenziali, mentre in quelle semiresidenziali può essere opportuna in base alle caratteristiche dell'utenza e del progetto di intervento. Per lo svolgimento di alcune attività specifiche può essere prevista la presenza di istruttori di attività esterni e/o l'affiancamento di soggetti del volontariato e del terzo settore su specifici progetti di supporto alle attività.

Nell'avvalersi dell'opera di soggetti del volontariato, che non potrà comunque in alcun caso essere sostitutiva delle attività istituzionali, le strutture dovranno prevedere specifiche procedure di *tutoring* e adeguati interventi formativi, nonché favorire il carattere continuativo della relazione del volontario con gli utenti.

Trattandosi di utenti minorenni, nel caso delle strutture residenziali, la presenza degli operatori deve sempre essere organizzata in modo da garantire nell'arco delle 24 ore la presenza e tipologia di personale adeguato alle differenti intensità assistenziali richieste.



La multi professionalità deve essere garantita da momenti di compresenza programmata delle diverse figure professionali. Deve essere garantita un'attività di supervisione per il personale.

Ciascuna Regione e Provincia autonoma indica gli standard assistenziali sulla base dei criteri descritti nel presente documento, regolamentando, altresì, il ruolo dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e adolescenza quali responsabili della gestione del paziente minore e delle decisioni in ordine agli interventi terapeutico riabilitativi più appropriati (ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali, ospedalieri). Per quanto concerne gli standard strutturali, si fa presente l'opportunità di mantenere il numero massimo di ricettività di ogni singola struttura entro limiti coerenti con l'esigenza di trattamenti individualizzati.

Modalità organizzative

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance clinico- assistenziale*), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di NPPIA, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale, in cui sia previsto anche lo scenario post-ricovero con l'inclusione del minore nel gruppo sociale.

Il progetto di intervento deve essere individualizzato e l'équipe multidisciplinare, cardine dell'intervento, deve coinvolgere come partner attivo il minore, la sua famiglia e il territorio di riferimento, favorendo l'integrazione delle componenti sanitarie, riabilitative ed i servizi sociali di Ambito e definendo chiaramente gli obiettivi e le modalità di valutazione degli esiti per il minore e per la famiglia.

La partecipazione attiva della famiglia e degli utenti al percorso terapeutico rappresenta un aspetto cruciale della presa in carico; ne consegue pertanto che l'assenso al trattamento da parte del minore e il consenso da parte dei suoi familiari è atto preliminare e indispensabile, che prosegue poi nel percorso successivo.

Ciascuna struttura adotta un proprio documento organizzativo in cui, nel rispetto degli elementi generali descritti nel presente documento e sulla base degli indirizzi e delle indicazioni regionali in materia di accreditamento, definisce le



proprie caratteristiche, le tipologie di utenza (specificando fascia di età, tipologie di disturbi e patologie affrontate), l'organico e le funzioni degli operatori, le procedure e i criteri di ammissione/trattamento/conclusione, le procedure di gestione del rischio clinico, delle urgenze comportamentali evitabili e delle emergenze, le modalità di relazione con i minorenni e le famiglie, i piani di formazione e aggiornamento del personale.

In tutte le strutture terapeutiche di NPJA, semiresidenziali e soprattutto residenziali, deve essere presente un registro delle richieste d'accesso ricevute da parte dei servizi di NPJA che evidenzia se sono state accolte o no, in quali tempi e per quali motivazioni, e che tenga nota, inoltre, delle conclusioni e delle interruzioni dei percorsi. Deve essere definito e documentato un Regolamento interno, coerente con gli obiettivi terapeutici e riabilitativi propri della struttura, del quale deve essere fornita copia ed informazione agli utenti, ai familiari e ai servizi invianti. Tale regolamento deve descrivere i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza, le regole relative al comportamento degli operatori e degli utenti, le eventuali regole di vita comunitaria quotidiana.

3. Inserimento residenziale e semiresidenziale terapeutico di minori con patologie psichiatriche: Piano di Trattamento Individuale (PTI) e Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

In età evolutiva è più che mai valido l'assunto alla base della costruzione dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'OMS, secondo il quale la gravità della perturbazione del percorso di sviluppo, l'urgenza dell'intervento, la prognosi a distanza e le necessità assistenziali non sono definite solo dalla diagnosi nosografica, ma anche dalla sua ricaduta sul funzionamento complessivo dell'individuo e del suo sistema. In questa ottica, relativamente agli utenti che presentano patologie psichiatriche, il ricorso ad interventi terapeutici residenziali si rende necessario in particolari quadri psicopatologici, di seguito elencati, nei quali la connotazione di gravità si pone non solo in relazione alla diagnosi nosografica quanto alle problematiche di funzionamento generale presentate e alle eventuali difficoltà di contenimento del contesto. Diversi quindi sono i disturbi per i quali può essere indicato l'intervento terapeutico semiresidenziale o residenziale psichiatrico in età evolutiva, in assenza di disabilità intellettiva o fisica significativa. Il disturbo più frequente è il disturbo grave della condotta, dimensione transnosografica caratterizzata da *patterns* sintomatologici gravemente disfunzionali per il soggetto stesso e per l'ambiente circostante. In numerosi studi se ne delinea l'aumento dell'incidenza in



adolescenza, con una sempre crescente e preoccupante anticipazione dell'età di insorgenza. Presumibilmente il maggiore e diffuso disagio sociale provoca un aumento dell'espressività psicopatologica comportamentale e soprattutto una riduzione delle abilità di *coping* da parte delle famiglie e dell'ambiente in generale.

Altri disturbi per i quali può esservi l'indicazione ad un intervento semiresidenziale o residenziale sono i disturbi schizofrenici e le forme gravi dei disturbi affettivi, dei disturbi del comportamento alimentare e dei disturbi ossessivi-compulsivi.

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche di NPIA per utenti con patologie psichiatriche, l'inserimento e l'eventuale prosecuzione devono essere proposti dal medico Neuropsichiatra Infantile del Servizio territoriale di NPIA sulla base di un Piano di trattamento individuale (PTI), in cui si prevedano anche elementi prognostici per l'inclusione sociale successivi al ricovero, da condividere con i servizi sociali dell'Ambito di riferimento del minore. Il PTI deve sempre includere la diagnosi, codificata secondo i criteri previsti dalle classificazioni diagnostiche internazionali e descrivere la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e nel gruppo dei pari (sulla base di strumenti di valutazione standardizzati quali Vineland, C-GAS, ICF WHODAS), le risorse e le potenzialità esistenti, le necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali, la stabilità clinica, nonché i punti di forza e le criticità della famiglia e del contesto di riferimento. Deve inoltre indicare i trattamenti farmacologici che sono stati utilizzati ed i risultati ottenuti.

Nel PTI deve inoltre essere descritto l'eventuale uso di sostanze o la presenza di altri comportamenti di abuso, comprese le nuove dipendenze da tecnologia, perché modificano la diagnosi, i bisogni terapeutici, la prognosi, la valutazione di gravità e il livello di intensità di cura necessario. In tali casi, il PTI, prevede, sulla base degli indirizzi regionali in materia di consulenza e di collaborazione tra servizi sanitari, il raccordo con i servizi per le dipendenze patologiche, concordando gli interventi più appropriati, da proseguire anche quando il minore è inserito in percorsi di cura residenziali e semiresidenziali.

Gli elementi di valutazione clinica globale contenuti nel PTI orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento terapeutico riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere, che insieme identificano la tipologia di supporto necessario.



L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- *il livello di intervento terapeutico e riabilitativo richiesto*
- *il livello assistenziale necessario*

In età evolutiva, nella definizione di tali livelli giocano un ruolo rilevante, oltre alle caratteristiche cliniche, anche l'età, gli appuntamenti evolutivi e il livello di tenuta/supporto familiare e ambientale.

Nel PTI, vengono definiti gli interventi complessivi necessari al percorso del paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità terapeutico riabilitativa, con durata e prestazioni appropriate.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura semiresidenziale o residenziale terapeutica di NPIA è poi declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura semiresidenziale o residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI) elaborato dal Servizio territoriale di NPIA.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP, quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, incluse informazioni anamnestiche rilevanti
- Motivo dell'invio da parte del Servizio territoriale di NPIA, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- Osservazione dei punti di forza e criticità relativi a:
 - *area psicopatologica*
 - *area della cura di sé / ambiente*
 - *area della competenza relazionale*
 - *area del funzionamento scolastico*
 - *area delle autonomie e delle abilità sociali*
- Osservazione dei punti di forza e criticità relativi alla famiglia, alla scuola, ai contesti di riferimento
- Obiettivi dell'intervento
- Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - Interventi psicoeducativi
 - Interventi abilitativi e riabilitativi
 - Psicoterapia
 - Terapia farmacologica
 - Interventi sugli apprendimenti



- Interventi sul contesto familiare
- Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o socio- lavorativa
- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato
- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

Per quanto riguarda il trattamento psicofarmacologico, che nei minorenni vede un largo utilizzo di farmaci *off label* per età e a volte per indicazione, esso richiede l'attivazione di procedure di consenso informato da parte del paziente e dei familiari o di chi detiene la potestà genitoriale. Le decisioni relative al trattamento psicofarmacologico nonché il monitoraggio e la verifica degli *outcomes* clinici sono concordate con il medico NPPIA del servizio territoriale inviante.

4. Tipologia dei percorsi di cura residenziali e semiresidenziali terapeutici per le patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza.

La complessità dei bisogni dei minorenni con disturbi neuropsichici richiede risposte nell'ambito di un sistema coordinato e fortemente individualizzato di cura, ad elevata flessibilità e integrazione tra le diverse agenzie coinvolte e le diverse fasi del percorso, con la possibilità di passaggi rapidi tra diversi livelli di intensità e tipologie di intervento.

Come già evidenziato in premessa, è in genere opportuno differenziare i percorsi per utenti con disabilità dello sviluppo da quelli per utenti con patologie psichiatriche. Elemento rilevante non è poi però la categoria diagnostica, ma il livello di complessità e di instabilità clinica. Conseguentemente appare opportuno differenziare i percorsi per tipologia/livello di bisogno e conseguente necessità di supporto, che viene a determinarsi dall'intreccio tra caratteristiche cliniche, età, bisogni terapeutico-riabilitativi, bisogni assistenziali e livello di tenuta/ supporto familiare e ambientale.

L'individuazione di modalità che permettano di focalizzarsi maggiormente sul percorso e non sulla struttura, consente, inoltre, di meglio gestire le transizioni, nell'ambito di progetti individualizzati che includano le fasi di ammissione e conclusione e favoriscano la continuità assistenziale, ad esempio con la possibilità di erogazione di percorsi semiresidenziali anche nell'ambito di strutture residenziali.



La tipologia dei percorsi viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo.

Livelli di intensità terapeutico-riabilitativa

Per ogni possibile fase del percorso, è opportuno poter differenziare livelli di cura con intensità terapeutico-riabilitativa adeguata alle necessità (bassa, media e alta)

- A. base (bassa intensità terapeutico-riabilitativa)
- B. livello per utenti complessi (media intensità terapeutico-riabilitativa)
- C. livello per utenti complessi ad elevata instabilità clinica (alta intensità terapeutico riabilitativa).

I criteri sulla base dei quali si possono articolare i programmi terapeutici riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità di cura sono correlati a:

- la numerosità e l'intensità degli interventi necessari;
- il mix di diverse tipologie di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede);
- la numerosità e l'intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, scuola, socialità).

Vari modelli di intervento sono attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo a bassa, media, alta intensità e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività, quali ad esempio:

- osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- interventi di supporto all'apprendimento e alle competenze cognitive;
- inserimento scolastico in percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi, concordati con le istituzioni scolastiche in base alla normativa nazionale vigente e in continuità con il percorso educativo-terapeutico complessivo;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome, raccordate con la rete sociale;



- attività di coordinamento e di rete.

Livelli di intensità assistenziale

In base alle necessità assistenziali globali, che in età evolutiva sono prevalentemente connesse alle capacità/possibilità di supporto familiare-ambientale, i tre livelli di intensità di cura possono poi richiedere maggiore o minore intensità assistenziale.

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente e alle criticità e punti di forza del contesto familiare ed ambientale di riferimento. Trattandosi di utenti minorenni, particolare importanza riveste, nell'immediato e per il futuro, la ricostruzione o a volte addirittura la costruzione ex novo di una rete familiare e sociale di riferimento, ricostruzione da effettuarsi anche con i competenti servizi sociali di Ambito, proprio per poter attivare intorno al minore, tutta la rete sociale.

Attenzione specifica andrà infatti dedicata agli utenti privi di valido supporto familiare, per i quali si tratta di interventi fondamentali per consentire una corretta ed adeguata conclusione del percorso di cura e soprattutto per garantire la presenza di punti di riferimento al momento del passaggio all'età adulta, rispetto al quale essi rischiano altrimenti di trovarsi in una situazione di abbandono.

Tipologie di strutture

I diversi livelli di cura e di assistenza possono essere erogabili sia in ambito residenziale che semiresidenziale, sia nella stessa struttura che in strutture diverse, e succedersi nel tempo per lo stesso utente, purché vi sia la possibilità di graduare, nelle diverse fasi del percorso, l'intensità di cura ed assistenziale necessaria attraverso competenze mirate.

Si individuano pertanto due principali tipologie di strutture:

- struttura residenziale terapeutica di NPJA (SRT NPJA)
- struttura semiresidenziale terapeutica di NPJA (SSRT NPJA).

La scelta di differenziare ulteriormente ciascuna tipologia di struttura in base all'intensità terapeutico-riabilitativa prevalente andrà valutata localmente dal punto di vista clinico- organizzativo. La bassa numerosità complessiva dell'utenza di riferimento e la struttura geografica del territorio possono infatti rendere tale scelta poco praticabile in alcune Regioni, dove la differenziazione delle strutture condurrebbe ad inserimenti troppo distanti dai contesti di provenienza e sradicanti per i minori. Inoltre, in età evolutiva, i diversi livelli di necessità tendono a variare anche rapidamente nel tempo per lo stesso utente a seconda dell'andamento del disturbo di base, delle sue riacutizzazioni e degli effetti degli interventi attivati e



va valutato caso per caso se sia più opportuno mantenere la continuità terapeutica nella stessa struttura o se invece sia necessario un cambiamento per sostenere l'evoluzione e la crescita.

Nel caso di un'unica tipologia di struttura, va prestata particolare attenzione all'equilibrio complessivo del gruppo di utenti, per cui si ritiene possibile affiancare un numero limitato di percorsi ad elevata o media intensità di cura per modulo di SRT NPJA (soprattutto qualora si tratti di utenti provenienti dal penale minorile o con abuso di sostanze), mentre in genere maggiore flessibilità è possibile per le SSRT NPJA. È possibile includere anche eventuali situazioni in comorbilità con ritardo mentale lieve. L'ingresso in acuzie in residenzialità e semiresidenzialità non è clinicamente opportuno né appropriato, come già sottolineato in premessa; la gestione di utenti con sintomatologie subacute o post acute è invece appropriata e raccomandata e richiede una organizzazione specifica, ad intensità di cura molto alta.

Andrà comunque prevista nelle singole strutture la possibilità di individuare moduli per età⁶, la cui organizzazione risulta essere a basso margine di flessibilità se non nelle età di confine tra un gruppo e l'altro, per la significativa differenza dei bisogni nelle diverse fasi evolutive. In particolare nella residenzialità le diverse fasce di età richiedono una diversa organizzazione degli spazi, dei tempi e degli arredi.

Specializzazione e differenziazione dei percorsi di cura

Nell'ambito dei percorsi di cura erogati dalle strutture semiresidenziali e residenziali, appare fondamentale poter diversificare gli interventi per condizioni specifiche in base alle evidenze scientifiche di riferimento, quali ad esempio i trattamenti dei disturbi della condotta, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i trattamenti per gli esordi psicotici. Appare inoltre necessario includere gli appropriati adattamenti per utenti con condizioni specifiche associate (migranti, minori stranieri non accompagnati, soggetti provenienti da percorsi adottivi falliti, soggetti nel circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione).

⁶ In ambito semiresidenziale, 2-5aa; 6-10aa; 11-13aa; 14-18aa. In ambito residenziale sono in genere presenti soprattutto preadolescenti-bambini (10-14aa) e adolescenti (14-18aa), e vi è la necessità di spazi specifici differenziati in modo stabile per ciascuna fascia di età. Poco opportuna appare la commistione, seppure in moduli diversi, di piccoli sotto i 10 anni e di adolescenti sopra i 14 nella stessa struttura residenziale. In ogni caso, l'inserimento in strutture residenziali terapeutiche di minori sotto i 10 anni di età può essere consentito solo in via eccezionale.



La differenziazione per gruppi clinici omogenei può essere utile soprattutto in quelle fasi del percorso che richiedono interventi mirati o per alcune tipologie di utenti, mentre in altre può essere più opportuno organizzare le attività per gruppi disomogenei che meglio consentono di sviluppare competenze cooperative. Si tratta quindi di gruppi flessibili e spesso transitori, in particolare in ambito semiresidenziale, dove possono essere collocati anche in spazi fisici diversi e differenziati. Lo stesso utente può essere coinvolto in un gruppo o in un altro a seconda delle proprie necessità.

Impegno orario del personale

Anche al fine della determinazione di costi e tariffe, va definito, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, l'impegno professionale prestato giornalmente dal personale per ciascun paziente. Il monte ore, per ciascuna figura professionale, sarà differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati. Per omogeneità di rappresentazione, le ore di presenza giornaliera delle differenti figure professionali sono declinate nei seguenti raggruppamenti di attività:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo riabilitativa per gli educatori e il personale abilitativo e riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Conclusione del percorso di cura residenziale

Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutici devono avere una durata definita, in base a quanto stabilito nel PTI e PTRP di ciascun utente. La conclusione del percorso deve essere, comunque, concordata con il servizio territoriale di NPIA inviante, al quale compete la definizione del percorso successivo, dopo una valutazione congiunta, con i servizi sociali dell'Ambito e gli altri servizi coinvolti, l'utente e la famiglia, degli obiettivi raggiunti, delle criticità esistenti e della situazione individuale, familiare e ambientale, con il passaggio, quindi, ad altre unità d'offerta a minore intensità assistenziale, o in percorsi territoriali, o in strutture educative, coerentemente a quanto definito nel PTI.

La possibilità di passaggio verso comunità educative è di estrema importanza per i ragazzi che provengono da situazioni ambientali troppo deprivate o non in grado di accoglierli nuovamente, senza la possibilità di essere adottati o affidati a famiglie. In questi casi è necessario un percorso comunitario lungo, in cui alla fase terapeutica sanitaria o sociosanitaria segua una fase educativa, eventualmente con supporto specialistico o in integrazione con interventi semiresidenziali terapeutici, che conduca progressivamente ad una crescita e poi ad una vita



sempre meno protetta e che consenta un adeguato accompagnamento nella transizione all'età adulta.

La continuità assistenziale

L'integrazione tra i Servizi di Salute Mentale per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta è ampiamente sottolineata nel PANSM per la fascia di età tra i 15 e i 21 anni, nella direzione di percorsi funzionali e culturali integrati, come già evidenziato in premessa. Per quanto riguarda i minorenni con patologie psichiatriche inseriti nei percorsi semiresidenziali o residenziali terapeutici qui trattati, la valutazione congiunta tra Servizio territoriale di NPIA e Centro di salute mentale deve essere effettuata nel diciassettesimo anno di età e comunque non oltre i 6 mesi antecedenti il compimento della maggiore età, onde concordare il percorso di cura più appropriato da attuare dopo i 18 anni, nell'ottica sia di garantire la continuità di cura sia di prevenire il rischio di istituzionalizzazione. Sulla base della valutazione congiunta, al compimento del diciottesimo anno di età, la titolarità tecnica ed economica del caso passa al CSM, ma, laddove opportuno per il percorso di cura, può essere definito un proseguimento transitorio della gestione integrata. Andranno, quindi, valutati congiuntamente gli interventi più appropriati, gestendo il passaggio di responsabilità da un servizio all'altro in maniera progressiva e funzionale ai bisogni del soggetto.

Si consideri, in particolare, che alcuni utenti possono necessitare di percorsi di continuità terapeutica nelle strutture semiresidenziali o residenziali in cui sono inseriti. Il trasferimento presso strutture per adulti può rivelarsi non opportuno in presenza di un gruppo di utenti con età significativamente più elevata o con patologie non compatibili, o nel caso di percorsi terapeutici iniziati da poco o in una fase che richiede particolare stabilità o in situazioni in cui sia ipotizzabile direttamente una prossima conclusione del percorso di cura. In tali situazioni il trattamento residenziale o semiresidenziale terapeutico in strutture per minorenni può eventualmente essere esteso, sulla base di un appropriato progetto condiviso, definendo modalità e durata. Sempre al fine di garantire la continuità terapeutica, è necessario che i Servizi di Salute Mentale per l'età adulta si dotino di programmi specifici per la presa in carico di giovani adulti, già in cura presso i servizi di NPIA, prevedendo percorsi appropriati al singolo caso, di tipo ambulatoriale, o semiresidenziale o residenziale.

Percorsi residenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

I trattamenti residenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche sono indicati in presenza di distorsioni dello sviluppo che



compromettono gravemente l'autonomia personale e sociale, in misura tale da rendere necessario il loro inserimento in un ambiente fisico e relazionale idoneo a mobilitare le capacità adattive.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo non si esaurisce in un singolo episodio acuto, non cede agli ordinari interventi di presa in carico terapeutica e educativa e interferisce con la partecipazione alle quotidiane attività familiari ed extrafamiliari, che possono anzi aggravare lo scacco evolutivo.

L'attivazione di un percorso residenziale terapeutico è necessariamente proposta dal Servizio territoriale di NPIA che ha in carico il caso, che continuerà a monitorarne l'evoluzione e a gestire il percorso complessivo e che, alla conclusione del percorso residenziale o semiresidenziale, assumerà la responsabilità degli eventuali ulteriori interventi da porre in essere. Anche per le situazioni segnalate dall'Ente Locale o dall'Autorità Giudiziaria è indispensabile la preliminare verifica dell'opportunità e appropriatezza clinica del percorso da parte del servizio territoriale di NPIA e la costruzione di un progetto condiviso.

Di norma, per giungere all'inserimento residenziale terapeutico è necessario che nell'ambito della presa in carico siano stati già attuati tutti gli appropriati interventi a minore intensità assistenziale, incluso quello farmacologico.

In sintesi quindi:

- A. deve essere presente una patologia psichiatrica con le caratteristiche sopra indicate
- B. devono essere presenti gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale
- C. deve essere presente la necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati
- D. gli appropriati interventi erogabili in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o di ricovero, inclusi quelli farmacologici, non devono essere sufficienti
- E. vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita.

La sola presenza del criterio E in assenza dei criteri B, C e D non è sufficiente per porre l'indicazione ad un percorso di residenzialità terapeutica e deve invece orientare verso un percorso di residenzialità socio educativa, con supporto sanitario specialistico variabile a secondo delle necessità.



In considerazione del fatto che i bisogni e la conseguente necessità di supporto possono variare nel tempo in relazione a modificazioni del quadro clinico e familiare-ambientale, le diverse tipologie di percorsi più oltre descritte possono essere prorogabili e/o trasformabili le une nelle altre in termini di livello di intensità terapeutico-riabilitativa offerto. In entrambi i casi è sempre richiesta una ridefinizione del progetto che evidenzi il permanere della necessità di supporto e/o il cambiamento del livello di intensità necessario. Le modifiche del progetto devono essere sempre concordate con gli operatori del Servizio territoriale di NPIA di riferimento.

I percorsi residenziali ad alta intensità terapeutico riabilitativa

Sono indicati per utenti complessi nei quali il quadro clinico presenta una parziale instabilità clinica.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo o nei quali altre tipologie di trattamento residenziale non siano state sufficienti
- la contemporanea presenza di problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale, che concorrono a determinare, a mantenere o aggravare il disturbo psicopatologico;

Arete di intervento

I percorsi ad alta intensità terapeutico riabilitativa prevedono attività clinica intensa, soprattutto in ambito medico, ma anche psicologico e la prevalenza delle attività terapeutico-riabilitative rispetto a quelle di risocializzazione:

- **area clinico neuropsichiatrica:** monitoraggio attivo e intensivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una maggiore stabilizzazione clinica e una mobilitazione dei processi di sviluppo, attraverso colloqui clinici da parte del NPIA sia con il paziente che con la famiglia, gestione della terapia farmacologica ecc;
- **area psicologica:** interventi strutturati brevi di carattere psicologico (colloqui clinico- psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** interventi strutturati intensivi e diversificati (sia individuali che di gruppo) di abilitazione psicosociale, finalizzati ad un



recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi possono prevedere anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere, non appena possibile, la presenza di interventi per il recupero delle attività scolastiche;

- **area di risocializzazione:** secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano non appena possibile, interventi di promozione delle competenze relazionali e di socializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con le strutture del territorio (scuola e servizi sociali), al fine di monitorare il progetto terapeutico riabilitativo e la rimodulazione del percorso di cura.

I percorsi ad alta intensità terapeutico riabilitativa possono includere i programmi per la post-acuzie, che comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione terapeutico-riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

Possono inoltre essere relativi ad utenti per i quali è opportuno garantire da subito un livello di coordinamento molto elevato con la famiglia ed i contesti di vita per la presenza di elementi di criticità, mantenendo nel contempo l'elevata intensità terapeutica riabilitativa.

La durata massima del programma non può essere superiore a 3 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio territoriale di NPIA di riferimento.

Requisiti di personale

Nelle strutture residenziali che attuano programmi ad alta intensità terapeutico riabilitativa, le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:



- Attività clinica e terapeutica per i medici NPIA e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo - riabilitativa per gli educatori e il personale riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

I percorsi residenziali a media intensità terapeutico riabilitativa

Si tratta di percorsi residenziali terapeutici per pazienti complessi con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi di instabilità rilevanti e per i quali si ritengono quindi efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi a media intensità di cura (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali). Il recupero del percorso scolastico o formativo e/o l'investimento nella direzione di un possibile futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo rilevante. Possono inoltre richiedere un supporto assistenziale elevato in base alla situazione familiare e sociale.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche sufficientemente stabilizzate;
- presenza di multi problematicità e complessità clinica
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, non risolte attraverso precedenti interventi, nelle attività di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse;
- possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale.

Arece di intervento

La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità clinica ed alta intensità riabilitativa e psicologica e un incremento delle attività educative e di risocializzazione:

- ***area clinico neuropsichiatrica***: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche e della terapia farmacologica, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica e di ridurre le disarmonie del percorso evolutivo ;
- ***area psicologica***: interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinicopsicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- ***area riabilitativa***: interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura, inclusa la preparazione dei pasti, ed in attività riabilitative nel territorio. Gli interventi per il recupero degli apprendimenti assumono un ruolo rilevante e deve essere riattivato al più presto l'inserimento scolastico o formativo in



percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi. A seconda dell'età e della situazione complessiva, dovrà essere valutata l'attivazione di percorsi di orientamento lavorativo;

- **area di risocializzazione:** secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il Servizio territoriale di NPIA che ha in carico il paziente e con il territorio (scuola, servizi sociali), al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla sua conclusione, rimodulare il percorso di cura e di garantire il proseguimento degli interventi.

In alcuni utenti può inoltre essere necessaria una elevata integrazione sociale, assistenziale e di rete, per la presenza di significative difficoltà nel contesto familiare ed ambientale di riferimento e la conseguente necessità di ricostruire una rete sociale di supporto, soprattutto per ragazzi prossimi al raggiungimento della maggiore età. In tal senso va mantenuto un costante rapporto con i competenti servizi sociali.

La durata massima del programma non può essere superiore a 6 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio territoriale di NPIA di riferimento.

Requisiti di personale

Nella strutture residenziali che attuano programmi a media intensità terapeutico riabilitativa, le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici NPIA e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo - riabilitativa per gli educatori e il personale della riabilitazione
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.



I percorsi residenziali a bassa intensità terapeutico riabilitativa

Si tratta di percorsi residenziali terapeutici per pazienti con quadri clinici più stabili, privi di elementi di particolare complessità e con moderata compromissione di funzioni e abilità, per i quali è necessario un trattamento terapeutico riabilitativo residenziale di base. Il consolidamento di un funzionamento adeguato alle risorse personali, il recupero del percorso scolastico o formativo e/o l'investimento nella direzione di un possibile futuro inserimento lavorativo assumono un ruolo molto rilevante. Il tipo di supporto assistenziale necessario può essere basso o elevato in base alla situazione familiare e sociale.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche discretamente stabili;
- moderata compromissione di funzioni e abilità nelle attività di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse, non risolte attraverso precedenti interventi;
- possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale.

Arete di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta è caratterizzata dalla prevalenza di attività educative e di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione e cliniche, che sono comunque presenti e fondamentali:

- ***area clinico neuropsichiatrica***: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche e della terapia farmacologica;
- ***area psicologica***: interventi strutturati di carattere psicologico
- ***area riabilitativa***: coinvolgimento attivo del paziente in tutte le mansioni della vita quotidiana della struttura, inclusa la preparazione dei pasti. Gli interventi per il recupero degli apprendimenti hanno un ruolo particolarmente rilevante; è sempre previsto l'inserimento scolastico o formativo in percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi. A seconda dell'età e della situazione complessiva, devono essere attivati percorsi di orientamento lavorativo.
- ***area di risocializzazione***: secondo il programma terapeutico e gli interventi concordati anche con i servizi sociali dell'Ambito, si attuano partecipazione ampia e stabile ad attività comunitarie, scolastiche e altre attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede.
- ***area del coordinamento***: incontri periodici con il Servizio territoriale di NPJA che ha in carico il paziente e con il territorio (scuola, servizi sociali), al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla sua conclusione e di garantire il proseguimento degli interventi.



La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, eventualmente prorogabile, con motivazione scritta e concordata con il servizio territoriale di NPIA di riferimento.

Requisiti di personale

Nelle strutture residenziali che attuano programmi a bassa intensità terapeutico riabilitativa, le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività terapeutico riabilitative necessarie e ai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici NPIA e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e il personale riabilitativo
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Percorsi semiresidenziali terapeutico riabilitativi per minori con patologie psichiatriche

Gli interventi semiresidenziali terapeutici possono rappresentare un elemento fondamentale del percorso degli utenti con patologie psichiatriche, pur essendo attualmente poco diffusi. Essi consentono la messa in campo di interventi intensivi, complessi e coordinati, anche per buona parte della giornata se necessario (si pensi alle situazioni nelle quali la gravità della sintomatologia non solo richiede un ambiente adeguato ma non permette temporaneamente la ripresa della frequenza scolastica), sfruttando la positività del gruppo eterogeneo dei pari e mantenendo le relazioni sociali e familiari. Possono assumere un ruolo importante anche per il completamento del percorso di valutazione funzionale (permettendo di fare meglio emergere le risorse esistenti), per l'intervento in situazioni di subacuzie o di crisi, per la transizione da e verso la residenzialità e il ricovero. Appaiono inoltre particolarmente adatti a situazioni nelle quali sia presente anche abuso di sostanze, in cui l'intervento residenziale è difficilmente accettato, mentre quello semiresidenziale diminuisce i pericoli di "fuga" e conseguenti *drop out* ed è un tassello fondamentale del reinserimento sociale.

L'inserimento in programmi terapeutico riabilitativi a carattere semiresidenziale è definito e proposto dal servizio territoriale di NPIA di riferimento, nell'ambito del PTI, condiviso anche con i competenti servizi sociali per attivare tutte le misure necessarie a rinforzare la rete familiare e sociale.



I percorsi semiresidenziali terapeutici per minorenni con patologie psichiatriche sono indicati in soggetti in cui:

- è presente una patologia psichiatrica con le caratteristiche sopra indicate
- sono presenti compromissioni del funzionamento personale e sociale moderate o gravi
- sono necessari interventi riabilitativo-terapeutici intensivi, multipli e coordinati, a frequenza variabile
- gli interventi erogabili in ambito ambulatoriale non sono sufficienti
- non vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita ed è anzi auspicabile preservare le relazioni familiari, sociali e la frequenza scolastica.

Aree di intervento:

- **Interventi clinici rivolti all'utente e/o alla famiglia:** attività di valutazione (colloqui clinici, somministrazione di test), di inquadramento funzionale e di monitoraggio della condizione clinica e della terapia farmacologica. Comprendono inoltre interventi finalizzati all'erogazione di terapie medico/psicologiche, sia individuali che di gruppo.
- **Interventi e attività riabilitative e terapeutiche:** attività educative individuali e di gruppo volte alla valutazione e al sostegno delle autonomie, delle competenze comunicative e relazionali. Tali attività possono essere svolte al Centro o all'esterno (es. scuola, domicilio) a seconda dei bisogni individuati.
- **Interventi di rete:** incontri con gli interlocutori della "rete" per la discussione dei bisogni del singolo utente e della famiglia e la programmazione degli interventi.

Le attività che fanno parte del percorso semiresidenziale terapeutico riabilitativo sono declinate nel PTRP e sono svolte quotidianamente, nei giorni feriali, presso la struttura semiresidenziale o anche esternamente ad essa. Devono prevedere, sin dall'accesso, quando non già coinvolti al momento della presa in carico del minore da parte del servizio territoriale di NPIA, il coinvolgimento dei contesti sociali (es. scuola, oratorio etc.), di vita (famiglia, comunità) e, ove opportuno, dei servizi sociali. Il coinvolgimento tempestivo di tutti gli interlocutori permette di strutturare un intervento integrato e coerente, fondamentale per una maggiore efficacia degli interventi, e favorisce la costruzione di un progetto di cura a lungo termine, che continui anche dopo la conclusione del percorso semiresidenziale.



Si sottolinea che gli interventi terapeutico riabilitativi sono a carico del servizio sanitario nazionale, mentre eventuali interventi socio educativi possono essere forniti a carico dei servizi sociali, tramite opportuni protocolli di collaborazione.

Organizzazione delle attività

Nell'ambito della fascia oraria di apertura infrasettimanale, gli orari di presenza delle diverse figure professionali sono pensati per garantire la massima flessibilità d'accesso per gli utenti e le famiglie.

L'intervento semiresidenziale deve poter essere organizzato in moduli flessibili, sul mattino, sul pomeriggio o su entrambi, tutti i giorni feriali della settimana o solo alcuni a seconda della fase del percorso, della capacità di reggere la frequenza scolastica, della tenuta familiare, dei bisogni degli utenti e delle famiglie. Deve sempre includere interventi con famiglia, scuola e contesto sociale (nell'ottica di riattivare le reti naturali e il raccordo con i luoghi aggregativi della comunità locale) e la possibilità di interventi intensivi, individuali o domiciliari, nelle fasi critiche del percorso.

Indicativamente, in condizioni di sub-acuzie o qualora le condizioni cliniche non consentano la frequenza scolastica continuativa, le attività educativo-terapeutiche possono coprire l'intera giornata, tutti i giorni. In condizioni maggiormente stabilizzate, che necessitano di interventi riabilitativo-terapeutici o di risocializzazione e nelle quali vi è una positiva frequenza scolastica, le attività educative-terapeutiche possono essere frequentate dagli utenti prevalentemente in orario pomeridiano o serale, solo alcuni giorni della settimana.

In situazioni non acute, ma nelle quali è presente una elevata criticità della frequenza scolastica e familiare-ambientale, potrebbe essere opportuno l'inserimento per l'intera giornata tutti i giorni feriali per pochi mesi, o variare nella fase di aggancio difficoltoso di un utente.

Frequenza e durata dell'inserimento vanno definiti esplicitamente nell'ambito del PTI e del PTRP e motivati.

5. Indicazioni per l'accreditamento

Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, a garanzia della qualità organizzativa, di processo e di esito, le Regioni e le Province Autonome adottano un sistema, uniforme nell'intero territorio nazionale, di requisiti di accreditamento, declinati sulle seguenti aree: prestazioni e servizi, personale e relative competenze, comunicazione, appropriatezza clinica e sicurezza.



Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

"E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini".

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per le aziende/dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati;*
2. *eleggibilità e presa in carico dei pazienti;*
3. *continuità assistenziale;*
4. *monitoraggio e valutazione;*
5. *modalità di gestione della documentazione sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne completezza rispetto agli interventi effettuati, rintracciabilità e riservatezza (privacy).*

Requisiti concernenti le competenze professionali

"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività".

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:

1. *la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica;*
2. *l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale.*

Requisiti concernenti la Comunicazione

"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento".

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:



1. le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori;
2. le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;
3. le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver;
4. le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei genitori nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
5. le modalità di ascolto dei pazienti e delle famiglie.

Requisiti concernenti Appropriatelyzza clinica e sicurezza

"L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati".

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale e per i dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. approccio alla pratica clinica secondo evidenze;
2. promozione della sicurezza e gestione dei rischi;
3. programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi;
4. strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.

6 Monitoraggio e verifiche

La gestione di un sistema complesso com'è quello sopra delineato comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, attraverso la raccolta di informazioni omogenee in tutte le regioni, nel contesto delle attività complessive del sistema dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. E' compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

E', inoltre, necessaria l'attivazione di un adeguato Sistema Informativo per gli interventi semiresidenziali e residenziali terapeutici di NPIA, quale parte integrante di un indispensabile Sistema Informativo specifico per i servizi di NPIA, con l'adozione di un set di indicatori specifici, in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale.



Si raccomanda l'utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti e dei familiari. Tale valutazione è particolarmente indicata per quanto riguarda l'inserimento nelle strutture residenziali.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali terapeutici per i soggetti provenienti dal circuito penale minorile, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso, per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli *outcome* clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

Roma, 16 ottobre 2014



**PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del
23/07/2014)**

DECRETO 18.12.2014, n. 163

Istituzione del registro tumori regionale

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto del Commissario ad Acta n. 90/2014 del 12 agosto 2014, d'insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n 191/2009;

VISTO il decreto commissariale n.20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità del Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall' 11/06/2012;

ATTESO CHE tra i compiti individuati dal predetto provvedimento rientra quello di collaborazione, per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di rientro;

VISTO il D.Lgs n. 179 del 18 ottobre 2012 (Gazzetta Ufficiale n. 294 del 18/12/2012)

recante: "Misure urgenti per la crescita del Paese";

CONSIDERATO che, relativamente al Registro Tumori, nel citato D.Lgs all'Art. 12 viene stabilito "I sistemi di sorveglianza e i registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, di trattamenti costituiti da trapianti di cellule e tessuti e trattamenti a base di medicinali per terapie avanzate o prodotti di ingegneria tessutale e di impianti protesici sono istituiti ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico...";

VISTO il "Programma Operativo 2013-2015" approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 84/2013 del 09.10.2013, così come modificato ed integrato con il Decreto del Commissario ad Acta n. 112/2013 del 30.12.2013, ed in particolare all' Intervento 3 "Rete Territoriale", Azione 5 "Cure Palliative" nel quale tra gli obiettivi programmati evidenzia la necessità per la Regione "...di disporre dei dati relativi alle prestazioni ovunque erogate agli assistiti, al fine di monitorare l'assistenza erogata, in termini di qualità ed efficienza; la raccolta dei dati e il loro invio deve essere il più vicino possibile al momento in cui avviene l'evento. Stante la mancanza di dati, non si può che considerare necessaria l'introduzione in tempi brevi, a cura dell' Agenzia Sanitaria Regionale, di un "Registro Tumori", che permetterebbe di descrivere il fenomeno neoplastico e le sue variazioni territoriali e temporali, dando una maggiore certezza del fabbisogno da soddisfare, potendo così indirizzare il servizio nel modo più efficiente e valutarne la qualità";

RAVVISATA, pertanto, la necessità di procedere alla istituzione di un "Registro Tumori" a cura dell' Agenzia Sanitaria Regionale;

CONSIDERATA la necessità di istituire un Comitato di Coordinamento che supporti le attività del Registro Tumori anche attraverso indirizzi sui contenuti scientifici, le strategie e il corretto avvio ed il rispetto della trasmissione dei dati;

RITENUTO, altresì, in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente provvedimento, di procedere al relativo inoltro ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua formale adozione;

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di istituire** presso l'Agenzia Sanitaria Regionale il "Registro Tumori Regionale";
2. **di individuare** nella figura del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale, il Direttore e Responsabile legale del predetto Registro;
3. **di costituire** un "Comitato di Coordinamento del Registro tumori", di cui fanno parte: il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale con funzione di Presidente, il Responsabile Scientifico, i Direttori Generali delle quattro ASL abruzzesi, i Rettori delle due Università abruzzesi sedi della Facoltà di Medicina e Chirurgia (L'Aquila e Chieti/Pescara) ed il Direttore del Consorzio Mario Negri Sud;
4. **di precisare** che il suddetto Comitato di Coordinamento, svolgerà la propria funzione a titolo gratuito senza alcun onere a carico della Regione;
5. **di disporre** che il "Registro Tumori Regionale" venga realizzato e tenuto presso l'Agenzia Sanitaria Regionale;
6. **di disporre** che i costi di gestione e funzionamento del Registro Tumori Regionale saranno coperti secondo modalità definite annualmente dall'Agenzia Sanitaria Regionale in accordo con l'Assessore alla Programmazione Sanitaria;
7. **di autorizzare** l'Agenzia Sanitaria Regionale a predisporre un disciplinare tecnico contenente i dettagli sulle modalità di avvio e funzionamento del Registro Tumori;
8. **di approvare** il "Regolamento Regionale Registro Tumori" (Allegato 1), che costituisce parte integrante e sostanziale al presente atto;
9. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la sua successiva validazione;
10. **di disporre** altresì che il presente provvedimento venga trasmesso alla Agenzia Sanitaria Regionale, ai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL della Regione Abruzzo, ai Rettori delle due Università abruzzesi sedi della Facoltà di Medicina e Chirurgia (L'Aquila e Chieti/Pescara) e al Direttore del Consorzio Mario Negri Sud;
11. **di pubblicare** il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A), nonché sul sito internet dell'Ente, sezione "Atti della Regione".

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

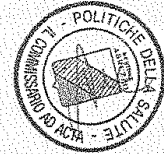
Segue allegato



Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

ALLEGATO A

n. 163 del 18 DIC. 2014



REGOLAMENTO "REGISTRO TUMORI REGIONALE"

Norme per l'avvio ed il funzionamento del registro dei tumori dell'Abruzzo.

Art. 1

Definizioni

1. Ai fini del presente regolamento, s'intende per:
 - a) Registro tumori: la struttura che raccoglie, organizza ed elabora, in maniera continuativa e sistematica e nei modi previsti all'articolo 10 del presente regolamento, dati personali anagrafici e sanitari, relativi a casi diagnosticati di neoplasia, con finalità di studio e ricerca in campo medico, biomedico, epidemiologico, monitoraggio della salute su gruppi di popolazione, identificazione di eventuali fattori di rischio cancerogeno anche ambientali, programmazione e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema di prevenzione (primaria e secondaria) e dell'assistenza sanitaria, programmazione e valutazione dei costi;
 - b) casi diagnosticati di neoplasia (tumore, cancro, malattia oncologica): malattia a carattere evolutivo come descritta dai codici 140 - 239 della Classificazione Internazionale delle malattie e cause di morte IX Revisione ovvero dai codici C00-C97 e D00-D48 della Classificazione Internazionale delle Malattie e Cause di morte, X edizione, OMS, 1992, ovvero tutte le lesioni comprese nelle diverse edizioni e revisioni della Classificazione Internazionale delle Malattie per l'Oncologia (ICD-O).
2. Ai fini del presente regolamento si applicano le definizioni di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.

Art. 2

Oggetto del regolamento

1. Nell'ambito della finalità di rilevante interesse pubblico prevista dal decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, art. 98, comma 1, lettera c): scopi scientifici, il presente regolamento disciplina la specifica finalità perseguita dal Registro tumori, i tipi di informazioni sensibili trattate e le operazioni eseguibili, mentre i soggetti che possono trattare le medesime informazioni nonché le misure per la sicurezza delle stesse saranno specificate in seguito nel disciplinare tecnico, redatto dall'Agenzia Sanitaria Regionale, di cui all'art. 9 del presente regolamento.
2. Il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale provvederà a nominare entro quindici giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento un responsabile scientifico, per le indicazioni metodologiche sulla raccolta ed analisi dei dati e la costruzione degli indicatori, ed un gruppo di lavoro che garantisce l'attività di raccolta dati e la sua fruibilità all'interno del Servizio Sanitario



Regionale. Il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale provvederà inoltre, entro quarantacinque giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, a deliberare un disciplinare tecnico in cui sono stabiliti i dettagli metodologici dell'avvio e del funzionamento del Registro Tumori regionale.

Art. 3

Finalità specifica del trattamento di dati

1. Nell'ambito degli scopi di studio, ricerca, programmazione e valutazione di cui agli articoli 1 e 2, il Registro tumori tratta i dati personali al fine di:
 - a) produrre dati di prevalenza, sopravvivenza dei tumori, incidenza e mortalità, stratificati nel tempo, per aree geografiche e per fasce di popolazione;
 - b) svolgere studi epidemiologici sui fattori di rischio di tumori, sugli esiti degli interventi di diagnosi precoce, delle terapie e dei percorsi diagnostico-terapeutici, a supporto della programmazione e valutazione dei servizi, del monitoraggio ambientale e della ricerca scientifica;
 - c) descrivere il rischio della malattia per sede e per tipo di tumore, età, genere ed ogni altra variabile di interesse per la ricerca scientifica;
 - d) effettuare analisi statistico-epidemiologica ad hoc dei dati di cui alle lettere precedenti con finalità eventualmente identificate dagli organi di governo regionale e/o nazionale, nell'ambito della finalità di rilevante interesse pubblico di cui all'art. 2 comma 1 del presente regolamento.

Art. 4

Titolare del trattamento dei dati

1. Il Registro tumori è costituito e gestito dall'Agenzia Sanitaria Regionale, che garantisce la centralità del Registro quale punto di riferimento regionale. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro medesimo secondo quanto previsto dal presente regolamento è il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale.
2. Nell'ambito delle finalità di cui all'articolo 3, l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo garantisce la gestione amministrativa, tecnica, ed informatica del Registro tumori, garantendo la collaborazione e l'interscambio con tutti i soggetti che, all'interno della Regione, sono chiamati a vario titolo a partecipare alle attività di raccolta e analisi delle informazioni.

Art. 5

Tipi di dati sensibili trattati

1. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori, per il perseguimento delle finalità di cui all'articolo 3, tratta dati idonei a rivelare lo stato di salute, riferiti a casi diagnosticati di neoplasia, nei limiti di quanto indispensabile per il raggiungimento delle predette finalità e nei modi previsti all'articolo 10 del presente regolamento, nonché nel rispetto di quanto previsto dal Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici, allegato A al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., in quanto compatibili.

Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori tratta i seguenti dati:



- a) anamnesi e diagnosi di ammissione e dimissione relative a ricoveri e a prestazioni diagnostico-terapeutiche;
 - b) indagini clinico-strumentali, tecniche diagnostiche, e trattamenti eseguiti;
 - c) interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche, ivi compresi gli screening oncologici;
 - d) diagnosi con indicazione della sede, morfologia, grado di differenziazione, comportamento biologico e fattori prognostici della neoplasia;
 - e) modalità di dimissione relative ai ricoveri;
 - f) data e causa di morte e condizioni morbose rilevanti per il decesso;
 - g) tecniche di definizione diagnostica.
2. Alcune informazioni possono essere considerate fondamentali ed altre aggiuntive sulla base del disciplinare tecnico di cui all'art. 9 del presente regolamento. Le informazioni possono essere trattate in forma cartacea, informatizzata e con altro supporto (reperti biologici, per immagini). I dati personali e sensibili verranno acquisiti sia su base individuale, sia come estrazione da altri elenchi già esistenti nel sistema informativo, mediante sistemi di raffronti con altri trattamenti od archivi dello stesso titolare (Regione). La tipologia delle operazioni eseguite consiste nella registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, utilizzo, cancellazione e distruzione.

Art. 6

Obblighi e modalità di comunicazione

1. Le ASL e le strutture sanitarie private accreditate, nel rispetto di quanto stabilito dal disciplinare tecnico previsto dall'articolo 9 del presente regolamento, devono comunicare le informazioni di cui all'articolo 5, comma 1, al titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori, previa richiesta dello stesso, o consentire al titolare predetto l'accesso informatico agli archivi sotto indicati, con le limitazioni precisate di seguito, per estrapolare le informazioni di cui all'articolo 5, comma 1, al fine di sviluppare e mantenere il registro con riferimento ai casi segnalati ed aggiornare il Registro tumori con l'inserimento di eventuali ulteriori casi non segnalati ai sensi del presente articolo:
 - a) Archivi delle prestazioni ospedaliere;
 - b) Schede di morte, relativamente ai soggetti con diagnosi di neoplasia definita dal Registro tumori e ai soggetti con neoplasia come causa di morte o condizione morbosa rilevante per il decesso;
 - c) Referti di anatomia patologica, limitatamente agli esami correlati a patologie tumorali;
 - d) Archivi delle prestazioni ambulatoriali, correlate a patologie tumorali;
 - e) Archivi delle prestazioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali, connesse all'erogazione di farmaci antitumorali;
 - f) Archivi delle esenzioni ticket per patologia, limitatamente alle esenzioni relative a



patologie tumorali.

4. Le Direzioni Generali delle ASL abruzzesi sono impegnate ad assicurare la trasmissione dei dati necessari all'Agenzia Sanitaria Regionale, nel rispetto e sulla base del disciplinare tecnico previsto dall'articolo 9 del presente regolamento.
5. Nel rispetto di quanto stabilito dal disciplinare tecnico previsto dall'articolo 9 del presente regolamento, il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori può accedere all'anagrafe sanitaria regionale degli assistibili ed effettuare il raffronto dei dati anagrafici dei soggetti, iscritti o da iscrivere nel registro medesimo, con i dati anagrafici contenuti nella predetta anagrafe, al fine di verificarne, ove necessario, l'esattezza e l'aggiornamento ed eliminare eventuali duplicati.
6. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori, nel rispetto di quanto stabilito dal disciplinare tecnico previsto dall'articolo 9 del presente regolamento, può accedere all'archivio regionale ambulatoriale, farmaceutico e delle schede di dimissioni ospedaliere (SDO), contenenti diagnosi di neoplasia o relative ai soggetti iscritti o da iscrivere nel Registro tumori, al fine di individuare nuovi casi non registrati ovvero, ove necessario, verificare i dati già inseriti nel registro medesimo.

Art. 7

Comunicazione e diffusione delle informazioni

1. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori, per le finalità di cui all'articolo 3, diffonde, anche mediante pubblicazione, risultati statistici soltanto in forma aggregata ovvero secondo modalità che non rendano identificabili gli interessati neppure tramite dati identificativi indiretti.
2. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori, per l'esclusivo perseguimento delle finalità di cui al precedente articolo 3, può svolgere studi in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in collaborazione con Università, Enti ed Istituti di ricerca e società scientifiche nonché con ricercatori, singoli o associati, che operano nell'ambito delle predette Università, Enti ed Istituti di ricerca e società scientifiche, nel rispetto delle regole previste dal Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici, Allegato A al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i..
3. Per le finalità di cui all'articolo 3, il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori può comunicare le informazioni di cui all'articolo 5, comma 1, ai titolari del trattamento dei dati contenuti in Registri tumori di altre regioni, qualora legittimamente istituiti e regolamentati ai sensi degli articoli 20 e 22 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. e previa stipula di apposita convenzione che definisca le modalità tecniche di trasmissione dei dati medesimi, indicando idonee misure di sicurezza analoghe a quelle specificate nel disciplinare tecnico previsto dall'articolo 9 del presente regolamento.

Art. 8

Soggetti che trattano i dati

1. In conformità agli articoli 29 e 30 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., i dati contenuti nel Registro tumori possono essere trattati esclusivamente da personale



appositamente individuato dal titolare del trattamento, ovvero dal Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale, previa sottoposizione degli incaricati che non sono tenuti per legge al segreto professionale a regole di condotta analoghe al segreto professionale stabilite dal titolare del trattamento dei dati. Il sistema informatizzato ed i supporti cartacei non sono accessibili dall'esterno, né a personale non autorizzato.

2. I soggetti di cui al precedente comma 1 accedono ai dati del registro secondo modalità e logiche di elaborazione strettamente pertinenti ai compiti attribuiti a ciascuno di essi.
3. Poiché un registro di patologia deve basare la sua attività su personale qualificato, al momento dell'assunzione o dell'apertura di un rapporto di collaborazione con il registro il personale deve essere nominato incaricato del trattamento, devono essergli impartite le istruzioni previste dall'art. 30 del D.l.vo 196/2003 e s.m.i..

Art. 9

Misure di sicurezza

1. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori adotta le misure di sicurezza dei dati e dei sistemi individuate negli articoli 31 e seguenti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., specificate in un disciplinare tecnico che sarà redatto dall'Agenzia Sanitaria Regionale.

Art. 10

Codifica dei dati trattati

1. Così come previsto all'articolo 22, comma 6 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., i dati sensibili contenuti nel Registro tumori, conservati mediante l'impiego di strumenti elettronici, sono trattati mediante l'utilizzo di codici identificativi nel rispetto di quanto stabilito dal disciplinare tecnico previsto dall'articolo 9 del presente regolamento, in modo tale da tutelare l'identità e la riservatezza degli interessati nel trattamento dei dati, rendendoli temporaneamente inintelligibili anche a chi è autorizzato ad accedervi e permettendo di identificare gli interessati solo in caso di necessità.
2. Le eventuali informazioni idonee a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale sono conservate separatamente da altri dati personali trattati per finalità che non richiedono il loro utilizzo. I medesimi dati sono trattati con le modalità di cui al comma 1 anche quando sono tenuti senza l'ausilio di strumenti elettronici, così come previsto all'articolo 22, comma 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i..

Art. 11

Informativa agli interessati

1. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel Registro tumori fornisce l'informativa agli interessati per consentire agli stessi l'esercizio dei diritti di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i..

Art. 12

Norme transitorie

1. La stesura del disciplinare tecnico previsto dall'articolo 9 del presente regolamento, da parte



dell'Agenzia Sanitaria Regionale, deve avvenire entro quarantacinque giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento.

2. L'adeguamento e l'adozione delle misure tecniche di cui al predetto disciplinare tecnico dovrà avvenire entro centottanta giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento.

**PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del
23/07/2014)**

DECRETO 18.12.2014, n. 165

Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete termale privata provvisoriamente accreditata biennio 2014 - 2015 - Modifica allegato 1 al Decreto del Commissario ad acta. n. 126/2014 del 20/10/2014

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

CONSIDERATO che la predetta deliberazione individua, tra l'altro, quale specificazione della funzione attribuita al Commissario, la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni;

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 commissariale è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro;

CONSIDERATO che condizione necessaria per l'esercizio del potere di fissazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati è la concreta individuazione delle somme che la Regione ha disposizione per tali finalità;

VISTO il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini);

VISTO il decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 ed in particolare l'art 17 comma 1 lett a) il quale prevede che le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire

il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;

VISTO il DPCM 29/11/2001 e ss. mm. ii. Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 126/2014 del 20/10/2014, recante "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete termale privata provvisoriamente accreditata biennio 2014 - 2015 - approvazione schema di contratto e relativi tetti di spesa annuali per singolo stabilimento termale", con il quale:

- si è preso atto che le strutture private erogatrici di prestazioni termali con le quali si procede alla negoziazione sono quelle accreditate, ovvero provvisoriamente accreditate, ai sensi della LR 32/2007 e s.m.i.;
- è stata autorizzata nella misura di complessivi euro 3.205.500,00 (euro tremilioniduecentocinquecinquecento/00) il tetto massimo annuale per ciascuno degli anni 2014 e 2015, quale limite massimo di spesa che la Regione Abruzzo può mettere a disposizione per l'acquisto di prestazioni termali per ciascuna delle predette annualità 2014 e 2015, ripartito tra le singole strutture private come indicato nell'Allegato 1 al DC 126/2014 per costituire parte integrante e sostanziale dello stesso;
- è stato approvato lo schema di contratto negoziale di cui all'Allegato 2 parte integrante e sostanziale del medesimo DC 126/2014;
- è stata prevista la fase interlocutoria con le suddette strutture ammesse alla contrattazione in parola con deposito di eventuali controdeduzioni, fase prodromica alla stipula dei relativi contratti negoziali;

CONSIDERATO che la Società delle Terme SpA, gestore delle Terme di Caramanico e controllante le Terme di Popoli srl, con note acquisite al prot. RA/294968 del 07/11/2014 e prot. RA/314215 del 26/11/2014 ha formulato le proprie osservazioni e controdeduzioni, richiedendo tra l'altro la modifica dello schema di contratto nella parte relativa alla mensilizzazione del budget massimo annuale, e richiedendo la modifica della ripartizione dei

tetti di spesa, di cui al soprarichiamato Allegato 1 parte integrante del DC 126/2014, tra le sedi

erogative Terme di Caramanico e Terme di Popoli, come appresso indicato:

Struttura provvisoriamente accreditata	Tetto di spesa annuale previsto dal DC 126/2014	Tetto di spesa richiesto
Terme di Caramanico	€ 2.531.254,58	€ 2.451.377,43
Terme di Popoli	€ 670.122,85	€ 750.000,00

VISTA la nota prot. RA/311528/COMM del 13/11/2014 con la quale il Commissario ad Acta accoglie parte delle controdeduzioni formulate dalla Società delle Terme con la prefata nota acquisita al prot. RA/294968 del 07/11/2014 concedendo, a parziale modifica dello schema contrattuale approvato in allegato 2 del DC 126/2014 (art. 5) l'oscillabilità mensile del 30%, ferma restando l'invalidità del budget assegnato per ciascuno degli anni 2014 e 2015, e precisamente nella seguente formulazione dell'art. 5 dello schema di contratto:

- "1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni, le parti convengono che il tetto massimo complessivo annuale di cui all'art. 3 è assegnato relativamente alla produzione riferita ai mesi di effettiva attività.
2. Per i suddetti mesi di effettiva attività il tetto massimo è quindi frazionato in mensilità, con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili, e con una oscillabilità mensile non superiore al 30%, fermo restando quanto previsto all'art.3. Detta oscillabilità mensile del 30%, anche quando in eccesso, è ammessa anche per le prestazioni erogate negli ultimi tre mesi di attività degli anni 2014 e 2015, nei limiti dei tetti annuali complessivi di cui all'art. 3 comma 1, e fermo restando quanto previsto dal comma 2 del medesimo art. 3."

VISTA la nota prot. RA/327288/COMM del 09/12/2014 con la quale il Commissario ad Acta acconsente alla sopraspesificata rimodulazione dei tetti per le strutture Terme di Caramanico e Terme di Popoli, per le motivazioni nella stessa riportate;

DATO ATTO e ribadito che la suddetta richiesta di diversa modulazione dei tetti non modifica il budget annuale massimo già stabilito con il Decreto commissariale n.

126/2014 del 20/10/2014, trattandosi solo di una diversa ripartizione tra le due sedi erogative accreditate appartenenti allo stesso Gruppo societario e ricadenti entrambe nella competenza territoriale della ASL di Pescara;

PRECISATO che i contratti in parola sono stati già sottoscritti con le modifiche suddette;

RAVVISATA l'opportunità, per ovvie ragioni di parità di trattamento tra gli erogatori ammessi alla contrattazione, di estendere la possibilità dell'oscillabilità del tetto mensile nel limite del 30% e ferma restando l'invalidità del budget massimo annuale per ciascuno degli anni di riferimento 2014 e 2015 secondo la formulazione soprariportata, anche al terzo Erogatore privato provvisoriamente accreditato Istituto Neurotraumatologico Italiano INI SpA, ammesso alla contrattazione di che trattasi e con cui si è parimenti addivenuti alla stipula;

RILEVATO che per quanto sopra rappresentato il presente atto non necessita del parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze;

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di prendere atto** e confermare quanto le parti hanno stipulato, in esito alla fase interlocutoria prevista dal Decreto del Commissario ad Acta n.126/2014 del 20/10/2014, all'atto della sottoscrizione del contratto per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni sanitarie termali erogate per gli anni 2014 e 2015 dalla Società della Terme SpA, per le Terme di Caramanico, e dalla società Terme di Popoli srl per le Terme di Popoli;
- **di modificare** pertanto l'Allegato 1 del Decreto del Commissario ad Acta

n.126/2014 del 20/10/2014 così come rideterminato all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

- **di dare atto** altresì della modifica introdotta nello schema di contratto di cui all'allegato 2 al prefato DC 126/2014, art. 5, come testualmente riportata in narrativa;
- **di estendere**, per ovvie ragioni di opportunità e di parità di trattamento tra gli erogatori ammessi alla contrattazione, tale modifica relativa all'oscillabilità del tetto mensile nel limite del 30% e ferma restando l'invalidità del budget massimo annuale per ciascuno degli anni di riferimento 2014 e 2015, anche al terzo Erogatore privato provvisoriamente accreditato Istituto Neurotraumatologico Italiano INI SpA ammesso alla contrattazione di che trattasi

e con cui si è parimenti addivenuti alla stipula;

- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, come previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e per l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle ASL e notificato agli Erogatori privati interessati provvisoriamente accreditati, e che sia pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

Segue allegato

ALLEGATO 1

	STABILIMENTI TERMALI	TETTI MASSIMI ANNUALI	
		Tetto di spesa Annualità 2014	Tetto di spesa Annualità 2015
	<i>Struttura Accreditata</i>		
1	Terme di Caramanico	€ 2.451.377,43	€ 2.451.377,43
2	Terme di Popoli	€ 750.000,00	€ 750.000,00
3	Nuove terme di Canistro	€ 4.122,57	€ 4.122,57
	TOTALE	€ 3.205.500,00	€ 3.205.500,00

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 165 del **18 DIC. 2014**



**PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN
QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del
23/07/2014)**

DECRETO 18.12.2014, n. 167

**Piano delle attività del governo clinico dei
pediatri di libera scelta - anno 2015.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese con le competenze ivi declinate;

VISTO il decreto commissariale n. 90/2014 del 12.08.2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso in qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro;

VISTO il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del Dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

ATTESO CHE tra le materie di competenza del Subcommissario è prevista la "collaborazione, per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di rientro", nonché la "spesa per la medicina di base";

VISTO l'intervento n. 4 del Programma Operativo 2013-2015 che in merito alle attività di Prevenzione prevede un sistema premiante per i Medici di Medicina Generale (MMG) e

Pediatri di Libera Scelta (PLS) che rispettano gli obiettivi posti in essere dalla Regione nella programmazione del Piano di Prevenzione in specifici ambiti progettuali;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 369 del 20 maggio 2013 riguardante il Piano Regionale di Prevenzione Sanitaria 2010-2012 ancora vigente a seguito dell'adozione dei provvedimenti commissariali di proroga;

VISTO l'art. 58, lettera B, del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) dei P.L.S. e tenuto conto che:

- il comma 14 prescrive l'istituzione di un fondo costituito da € 3,08 annuo/assistito per l'effettuazione di specifici programmi finalizzati al governo clinico;
- il comma 15 prevede il riparto di tali risorse fra tutti i medici e secondo gli apporti individuali;
- il comma 16 stabilisce la concertazione con le Organizzazioni Sindacali (O.S.) delle tappe e dei percorsi che i medici dovranno seguire per raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla programmazione regionale;
- il comma 17 prescrive la realizzazione dei progetti del governo clinico tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse;

VISTO l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) che all'art. 7 individua le seguenti quattro aree d'intervento: vaccinazioni, diabete mellito tipo I, convulsioni, celiachia, quali obiettivi di salute da perseguire attraverso specifici programmi aziendali di Governo Clinico;

TENUTO CONTO altresì, che il citato art. 7 stabilisce che le ASL devono individuare annualmente almeno due dei suddetti quattro obiettivi prioritari fissati dall' AIR al fine di richiedere ai PLS specifiche attività di governo clinico per le quali verranno valutati annualmente in relazione ai risultati da loro raggiunti;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1541 del 27.12.2006 concernente: "Linee Guida per gli Accordi Aziendali" che prevede che entro il 31 dicembre di ogni anno, a decorrere dal 2007, il Pediatra di famiglia

fornisce alle ASL le risultanze del lavoro svolto secondo l'allegato n. 1AA;

CONSIDERATO che la riforma del titolo V della Costituzione, realizzata con Legge Costituzionale n. 3 del 18.10.2001 ha modificato l'assetto dei rapporti tra Stato, Regioni ed Enti Locali, introducendo un quadro di devoluzione delle competenze e responsabilità in materia sanitaria;

CONSIDERATO che con questa riforma le Regioni hanno la responsabilità, pressoché esclusiva dell'organizzazione e gestione del servizio sanitario, mentre lo Stato ha la responsabilità di stabilire quali sono le prestazioni "essenziali" (LEA) che le Regioni devono offrire ai cittadini, ovunque residenti;

CONSIDERATO che nel vigente Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) oltre l'obiettivo generale dell'armonizzazione delle strategie vaccinali nel nostro Paese, si definiscono gli obiettivi vaccinali specifici da raggiungere nella popolazione generale e nei gruppi a rischio, obiettivi che costituiscono impegno prioritario per tutte le Regioni e PA, diritto esigibile per tutti i cittadini, e che verranno verificati annualmente nell'ambito del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

VISTO il verbale del 23.10.2014 del Comitato Permanente Regionale, di cui all'art. 24 dell'ACN della PLS;

RITENUTO:

- di far propria ed approvare la proposta sul governo clinico anno 2015 contenuta nel Verbale del 23.10.2014 del Comitato Permanente Regionale della PLS (Allegato 1);
 - di stabilire:
 - che gli obiettivi di governo clinico che i Pediatri di Libera Scelta dovranno perseguire nell'anno 2015 saranno gli stessi dell'anno 2014;
 - che le eventuali economie del governo clinico saranno reimpiegate secondo le migliori determinazioni che scaturiranno dall'analisi dei dati di monitoraggio forniti dai Servizi di Prevenzione aziendali entro la fine di aprile 2015, sulle attività svolte nel corso del 2014;
- che nelle schede di monitoraggio delle attività anno 2014 saranno evidenziati i nominativi degli assistiti non ancora vaccinati nonostante l'attività di counseling espletata a loro favore dai medici PLS nell'anno 2014;
 - che i familiari dei bambini non vaccinati saranno ricontattati dal loro pediatra di libera scelta per far comprendere loro l'utilità del servizio vaccinale offerto, ma non goduto. L'ulteriore servizio di counseling di nuovo registrato nella scheda mensile della notula vaccinazioni sarà remunerato anche nell'anno 2015 con i fondi del Governo clinico;
 - che dall'analisi dei dati di monitoraggio anno 2014 potrà scaturire la necessità di riadeguare le modalità attuative del Governo Clinico 2015, relativamente all'utilizzo delle eventuali economie dello specifico fondo;
 - che le attività del Governo Clinico relative all'anno 2015, analogamente a quelle svolte nell'anno 2014, considerata l'importanza riservata alla campagna vaccinale dal PNPV e dal PRPV, riguarderanno l'attuazione esclusiva dell'obiettivo: "Vaccinazione" dei quattro previsti dal citato art. 7 dell'AIR della PLS;
 - che l'Allegato B al Verbale del Comitato Regionale PLS del 29.07.2013 sostituisce per l'anno 2015 il "Modulo Vaccinazioni" dell'Allegato 1AA della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1514 del 27.12.2006;
 - che i Pediatri di Libera Scelta nella loro attività di counseling consegneranno ai genitori copia dell'Allegato A al Verbale del Comitato Permanente Regionale della PLS del 29.07.2013 informandoli sui benefici della vaccinazione quale misura di prevenzione individuale e collettiva ben consapevoli che la vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive;
 - che i compensi relativi al Governo Clinico 2015 saranno erogati a presentazione mensile della "scheda notula vaccinazioni" allegato B, al Verbale del Comitato Regionale della PLS del 29.07.2013 tenendo conto del valore

unitario previsto all'allegato D del medesimo Verbale;

RITENUTO in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente decreto, di procederne all'inoltro ai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute successivamente alla sua formale adozione.

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di approvare** e far propria la proposta sul governo clinico anno 2015 contenuta nel Verbale del 23.10.2014 del Comitato Permanente Regionale della PLS (Allegato 1);
- **di stabilire:**
 - che gli obiettivi di governo clinico che i Pediatri di Libera Scelta dovranno perseguire nell'anno 2015 saranno gli stessi dell'anno 2014;
 - che le eventuali economie del governo clinico saranno reimpiegate secondo le migliori determinazioni che scaturiranno dall'analisi dei dati di monitoraggio forniti dai Servizi di Prevenzione aziendali entro la fine di aprile 2015, sulle attività svolte nel corso del 2014;
 - che nelle schede di monitoraggio delle attività anno 2014 saranno evidenziati i nominativi degli assistiti non ancora vaccinati nonostante l'attività di counseling espletata a loro favore dai medici PLS nell'anno 2014;
 - che i familiari dei bambini non vaccinati saranno ricontattati dal loro pediatra di libera scelta per far comprendere loro l'utilità del servizio vaccinale offerto, ma non goduto. L'ulteriore servizio di counseling di nuovo registrato nella scheda mensile della notula vaccinazioni sarà remunerato anche nell'anno 2015 con i fondi del Governo clinico;
 - che dall'analisi dei dati di monitoraggio anno 2014 potrà scaturire la necessità di riadeguare le modalità attuative del Governo Clinico 2015, relativamente all'utilizzo delle eventuali economie dello specifico fondo;
 - che le attività del Governo Clinico relative all'anno 2015, analogamente a

quelle svolte nell'anno 2014, considerata l'importanza riservata alla campagna vaccinale dal PNPV e dal PRPV, riguarderanno l'attuazione esclusiva dell'obiettivo: "Vaccinazione" dei quattro previsti dal citato art. 7 dell'AIR della PLS;

- che l'Allegato B al Verbale del Comitato Regionale PLS del 29.07.2013 sostituisce anche per l'anno 2015 il "Modulo Vaccinazioni" dell'Allegato 1AA della Deliberazione della Giunta Regionale n.1514 del 27.12.2006;
- che le fasce d'età elencate negli allegati C e D al Verbale del Comitato Regionale PLS del 29.07.2013 sono riadeguate nel modo seguente: y1 nati anno 2015; y5 nati 2014; y8 nati 2010; y11 nate 2003-2004;
- che i Pediatri di Libera Scelta nella loro attività di counseling consegneranno ai genitori copia dell'Allegato A al Verbale del Comitato Permanente Regionale della PLS del 29.07.2013 informandoli sui benefici della vaccinazione quale misura di prevenzione individuale e collettiva ben consapevoli che la vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive;
- che i compensi relativi al Governo Clinico 2015 saranno erogati a presentazione mensile della "scheda notula vaccinazioni" allegato B, al Verbale del Comitato Regionale della PLS del 29.07.2013 tenendo conto del valore unitario previsto all'allegato D del medesimo Verbale;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la relativa validazione;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle ASL per gli adempimenti di competenza;
- **di pubblicare** il presente provvedimento sul BURA.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue allegato

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 167 del 18 DIC. 2014

COMITATO DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

RIUNIONE DEL 23/10/2014



Sono presenti alla riunione i partecipanti di cui all'allegato foglio di presenza.

La riunione ha inizio alle ore 11 con il seguente ordine del giorno:

- 1) Governo Clinico PLS anno 2015
- 2) Formazione Continua PLS anno 2015

Dopo approfondita discussione si concorda quanto segue.

L'appropriatezza prescrittiva dei farmaci dei PLS, considerata la sua specifica portata rispetto a quella generale, nonché la fascia d'età degli assistiti a cui va riferita, potrà preliminarmente prevedere una fase formativa finalizzata alla adozione di apposite Linee Guida per migliorare l'attività prescrittiva dei Pediatri di libera scelta.

Tempi e modalità verranno successivamente concordati con le O.O.S.S. della Pediatria di Libera Scelta.

Gli obiettivi del Governo Clinico che i pediatri dovranno porre in essere per l'anno 2015 saranno gli stessi dell'anno 2014, da conseguire con le stesse modalità.

L'unica variante da apportare riguarderà l'utilizzo delle eventuali risorse residue che scaturiranno dalle attività 2014. Tali economie saranno reimpiegate secondo le migliori determinazioni che scaturiranno dall'analisi dei dati di monitoraggio forniti dai Servizi di Prevenzione aziendali entro la fine di aprile 2015, sulle attività svolte nel corso del 2014.

Nelle rilevazioni del 2014 saranno evidenziati i nominativi degli assistiti non ancora vaccinati nonostante l'attività di counseling espletata a loro favore dai medici pediatri nell'anno 2014.

I familiari dei bambini non vaccinati saranno ricontattati dal loro pediatra per far comprendere loro l'utilità del servizio vaccinale offerto, ma non goduto. L'ulteriore servizio di counseling di nuovo registrato nella scheda mensile della notula vaccinazioni sarà remunerato anche nell'anno 2015 con i fondi del Governo clinico.

Nel citato audit di fine aprile, dall'analisi dei dati di monitoraggio sul 2014 potrà scaturire la necessità di riadeguare le modalità attuative del Governo Clinico 2015, relativamente all'utilizzo delle eventuali economie dello specifico fondo.

Per quanto riguarda ***il secondo punto all'ordine del giorno in merito alla formazione continua PLS anno 2015***, si rileva che gli obiettivi ECM proposti all'interesse dei Pediatri di Libera Scelta contenuti nel documento redatto dalla Commissione Regionale ECM e comunicati dai Servizi della Direzione Politiche della salute, dall'ASR Abruzzo e dalla Commissione Regionale stessa. Tale documento è stato trasmesso dall'ASR in data 22 ottobre 2014 con n. prot. 2072,

sono stati già precedentemente trattati e non risultano puntualmente pertinenti alle esigenze formative dei Pediatri di famiglia convenzionati.

Pertanto, si concorda con la rappresentante dell'ASR presente alla riunione, che il Comitato, per individuare i temi riguardanti il programma di formazione continua, si riunirà il prossimo anno entro la fine di settembre per consentire alla Commissione Regionale ECM di recepire entro il mese successivo i temi formativi individuati dall'anzidetto Comitato.

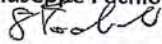
I temi concordati per la formazione continua anno 2015 sono i seguenti.

- 1) Neuropsichiatria infantile: disturbi del sonno e patologie correlate, ore 4;
- 2) Oculistica pediatrica: "dagli screening alle patologie oculari", ore 4;
- 3) Aspetti medico legali riferiti alla professione del Pediatra di libera scelta, ore 4;
- 4) Maltrattamento ed abuso del minore, ore 4;
- 5) Il Microbiota intestinale e le patologie correlate, ore 4.

La riunione ha termine alle ore 14.

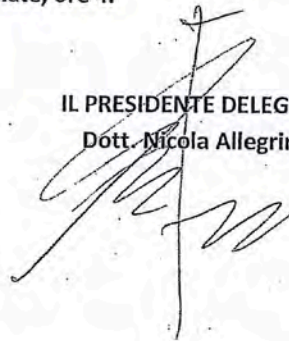
IL SEGRETARIO

Dott. Giuseppe Pachioli



IL PRESIDENTE DELEGATO

Dott. Nicola Allegrini



PARTE II

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIO DI BASE E SPECIALISTICO**Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati dalle ASL della Regione Abruzzo alla data dell'1 settembre 2014. - Avviso**

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/53 del 22 dicembre 2014.

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2014 dalle A.S.L. della Regione Abruzzo. Art. 92 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi, per trasferimento o per graduatoria, secondo i facsimile allegati (A - B) compilando altresì l'allegato C. Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda, **in bollo**, deve essere inviata esclusivamente alle A.S.L., in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione agli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale".

Le A.S.L. provvederanno alla predisposizione della graduatoria, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all'art. 92 dell'ACN per la medicina generale. L'accettazione dell'incarico formulata tramite telegramma deve pervenire perentoriamente alle A.S.L. entro le ore 12.00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente l'assegnazione degli incarichi presso la Direzione Politiche della Salute.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali richiesti si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

a) per trasferimento:

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende U.U.S.S.L.L., anche diverse, della Regione Abruzzo o in Aziende U.U.S.S.L.L. di altre Regioni, anche diverse, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno o da almeno due anni nell'incarico dal quale provengono.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

b) per graduatoria:

i medici iscritti nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore di emergenza sanitaria territoriale - valevole per il 2014 ((pubblicata sul B.U.R.A. n. 69 Speciale Sanità del 06.06.2014) con priorità per:

1. medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa A.S.L. nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III, A.C.N. per la medicina generale;
2. medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda U.S.L. da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
3. medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda U.S.L. da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.

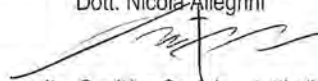
I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza di apposito corso di formazione previsto dall'art. 96 del vigente Accordo Collettivo Nazionale.

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 92, comma 10, dell'ACN per la medicina generale, il medico che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di settore vigente.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI	n. incarichi
ASL1 Avezzano Sulmona L'Aquila	
Area Marsica (turni prevalenti Carsoli) con prevalenza sedi 1 Carsoli 1 Tagliacozzo	2
ASL2 Lanciano Vasto Chieti sede di Vasto	1
ASL Teramo sede di Teramo con eventuale completamento orario presso altre sedi	3

Il Dirigente del Servizio
Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica
Dott. Nicola Allegrini



Il presente avviso è consultabile su www.regione.abruzzo.it – Sanità e Sociale – tutti gli **AVVISI**.

Allegato A)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(per trasferimento)

Marca da bollo € 16,00
RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
A.S.L. _____
via _____
cap _____ CITTÀ _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ cell _____ a far data dal _____ Azienda USL di
residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

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

ASL _____ Incarico _____

ASL _____ Incarico _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda USL di _____ della Regione _____ dal _____;
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo determinato di emergenza sanitaria territoriale:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
5. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
6. di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

Data _____ firma per esteso _____

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

Allegato B)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(per graduatoria)

Marca da bollo € 16,00
RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
A.S.L. _____
via _____
cap _____ CITTÀ _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria di settore
valida per l'anno 2014 (B.U.R.A. n. 69 Speciale Sanità del 06.06.2014)

F A D O M A N D A

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

ASL _____ Incarico _____

ASL _____ Incarico _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
4. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
5. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa ASL nel servizio di continuità assistenziale dal _____;
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della Regione Abruzzo presso la ASL _____ dal _____ al _____;
7. di essere incluso nella graduatoria regionale Abruzzo – settore emergenza sanitaria territoriale – per l'anno 2013;
8. di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

Data _____

firma per esteso _____

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del D.P.R. 445/00).

Allegato C)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
 (_____) il _____ residente in _____
 Via/Piazza _____ n° _____ iscritto all'albo dei
 _____ della provincia di _____
 _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.
 445

dichiara formalmente di

- 1) essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) :
 Soggetto _____ ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo : dal _____
- 2) essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____
- 3) essere / non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____
- 4) essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno : (2)
 Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
 Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
- 5) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)
 provincia _____ branca _____
 periodo : dal _____
- 6) avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:
 Azienda _____ Via _____
 Tipo di attività _____
 periodo : dal _____
- 7) essere / non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2) :
 Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 8) essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso _____
 Soggetto pubblico che lo svolge _____
 Inizio : dal _____

- 9) operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 – quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____ Tipo
 di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo : dal _____

- 10)operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 Legge n. 833/78 : (2)

Organismo _____ ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo : dal _____

- 11)svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: Azienda

_____ ore settimanali _____ Via _____
 Comune di _____
 Periodo : dal _____

- 12)svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2)

Azienda _____ Comune di _____
 Periodo : dal _____

- 13)avere /non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

 Periodo : dal _____

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

- 15)fruire /non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale :

Periodo : dal _____

- 16)svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna)

 Periodo : dal _____

17) essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo : dal _____

18) - operare / non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1 ,2 ,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5 ,6 , 7) :

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo : dal _____

19) - essere / non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di : (2)

_____ Periodo : dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

Soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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

In fede

data _____

Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

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

Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA

Legge 25 febbraio 1987, n. 67, art. 6 e s.m.i. - Prospetti di bilancio esercizio 2012

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**BILANCIO D'ESERCIZIO AL 31/12/2012**

Adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 36 del 17/01/2014

Approvato dalla Regione Abruzzo con Decreto del Commissario ad Acta n. 141/2014 del 29/10/2014

STATO PATRIMONIALE AL 31.12.2012**ATTIVO****A) Immobilizzazioni**

I - Immobilizzazioni Immateriali

- 1) Costi di impianto ed ampliamento
- 2) Costi di ricerca e sviluppo
- 3) Diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere d'ingegno
- 4) Immobilizzazioni immateriali in corso ed acconti
- 5) Altre immobilizzazioni immateriali

II - Immobilizzazioni Materiali

- 1) Terreni
 - a) Terreni disponibili
 - b) Terreni indisponibili
- 2) Fabbricati
 - a) Fabbricati non strumentali (disponibili)
 - b) Fabbricati strumentali (Indisponibili)
- 3) Impianti e macchinari
- 4) Attrezzature sanitarie e scientifiche
- 5) Mobili e arredi
- 6) Automezzi
- 7) Oggetti d'arte
- 8) Altre immobilizzazioni materiali
- 9) Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti

III - Immobilizzazioni Finanziarie (con separata indicazione per ciascuna voce degli importi esigibili entro l'esercizio successivo)

- 1) Crediti finanziari
 - a) Crediti finanziari v/Stato
 - b) Crediti finanziari v/Regione
 - c) Crediti finanziari v/partecipate
 - d) Crediti finanziari v/altri
- 2) Titoli
 - a) Partecipazioni
 - b) Altri Titoli

B) Attivo circolante

I - Rimanenze

- 1) Rimanenze beni sanitari
- 2) Rimanenze beni non sanitari
- 3) Acconti per acquisti beni sanitari
- 4) Acconti per acquisti beni non sanitari

II - Crediti (con separata indicazione per ciascuna voce degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo)

- 1) Crediti v/Stato
 - a) Crediti v/Stato - Parte Corrente
 - 1) Crediti v/Stato per spesa corrente ed acconti
 - 2) Crediti v/Stato - Altro
 - b) Crediti v/Stato - Investimenti
 - c) Crediti v/Stato - Ricerca
 - 1) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca corrente
 - 2) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca finalizzata
 - 3) Crediti v/Stato per ricerca - Altre Amministrazioni Centrali
 - 4) Crediti v/Stato - Investimenti per ricerca
 - d) Crediti v/Prefetture
- 2) Crediti v/Regione o provincia Autonoma
 - a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - Parte

	Esercizio 2012	Esercizio 2011	Variazione		
			Importo	%	
	113.724.570	128.582.442	(14.857.873)	-12%	
A) Immobilizzazioni	146.905	130.534	16.371	13%	
I - Immobilizzazioni Immateriali	-	-	-	0%	
1) Costi di impianto ed ampliamento	-	-	-	0%	
2) Costi di ricerca e sviluppo	-	-	-	0%	
3) Diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere d'ingegno	-	-	-	0%	
4) Immobilizzazioni immateriali in corso ed acconti	-	-	-	0%	
5) Altre immobilizzazioni immateriali	146.905	130.534	16.371	13%	
II - Immobilizzazioni Materiali	113.565.285	128.439.529	(14.874.244)	-12%	
1) Terreni	942.655	942.655	-	0%	
a) Terreni disponibili	942.655	942.655	-	0%	
b) Terreni indisponibili	-	-	-	0%	
2) Fabbricati	98.910.560	100.267.816	(1.357.256)	-1%	
a) Fabbricati non strumentali (disponibili)	-	-	-	0%	
b) Fabbricati strumentali (Indisponibili)	98.910.560	100.267.816	(1.357.256)	-1%	
3) Impianti e macchinari	1.130.682	1.284.544	(153.862)	-12%	
4) Attrezzature sanitarie e scientifiche	4.721.649	15.873.428	(11.151.780)	-70%	
5) Mobili e arredi	1.284.935	1.410.486	(125.552)	-9%	
6) Automezzi	119.577	131.522	(11.944)	-9%	
7) Oggetti d'arte	-	-	-	0%	
8) Altre immobilizzazioni materiali	716.581	1.016.065	(299.485)	-29%	
9) Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	5.738.647	7.513.012	(1.774.365)	-24%	
III - Immobilizzazioni Finanziarie (con separata indicazione per ciascuna voce degli importi esigibili entro l'esercizio successivo)	-	-	-	0%	
1) Crediti finanziari	-	-	-	0%	
a) Crediti finanziari v/Stato	-	-	-	0%	
b) Crediti finanziari v/Regione	-	-	-	0%	
c) Crediti finanziari v/partecipate	-	-	-	0%	
d) Crediti finanziari v/altri	-	-	-	0%	
2) Titoli	-	-	-	0%	
a) Partecipazioni	-	-	-	0%	
b) Altri Titoli	-	-	-	0%	
B) Attivo circolante	150.457.092	149.819.629	637.462	0%	
I - Rimanenze	13.296.133	13.480.654	(184.521)	-1%	
1) Rimanenze beni sanitari	12.827.047	13.048.048	(221.001)	-2%	
2) Rimanenze beni non sanitari	469.086	432.606	36.480	8%	
3) Acconti per acquisti beni sanitari	-	-	-	0%	
4) Acconti per acquisti beni non sanitari	-	-	-	0%	
II - Crediti (con separata indicazione per ciascuna voce degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo)	97.393.964	97.393.964	(27.631.498)	-22%	
1) Crediti v/Stato	904	904	13.002	(12.098)	-93%
a) Crediti v/Stato - Parte Corrente	904	904	13.002	(12.098)	-93%
1) Crediti v/Stato per spesa corrente ed acconti	904	904	13.002	(12.098)	-93%
2) Crediti v/Stato - Altro	-	-	-	0%	
b) Crediti v/Stato - Investimenti	-	-	-	0%	
c) Crediti v/Stato - Ricerca	-	-	-	0%	
1) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	0%	
2) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	0%	
3) Crediti v/Stato per ricerca - Altre Amministrazioni Centrali	-	-	-	0%	
4) Crediti v/Stato - Investimenti per ricerca	-	-	-	0%	
d) Crediti v/Prefetture	-	-	-	0%	
2) Crediti v/Regione o provincia Autonoma	92.001.551	92.001.551	117.586.115	(25.584.565)	-22%
a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - Parte	88.355.849	88.355.849	113.940.413	(25.584.565)	-22%

1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente	88.355.849	88.355.849	113.940.413	(25.584.565)	-22%
a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario ordinario corrente	88.355.849	88.355.849	113.940.413	(25.584.565)	-22%
b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA	-	-	-	-	0%
c) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente Extra LEA	-	-	-	-	0%
d) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - Altro	-	-	-	-	0%
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca	-	-	-	-	0%
b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - Patrimonio Netto	3.645.702	3.645.702	3.645.702	-	0%
1) Credito v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento per investimenti	3.645.702	3.645.702	3.645.702	-	0%
2) Credito v/Regione o Provincia Autonoma per incremento Fondo di Dotazione	-	-	-	-	0%
3) Credito v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite	-	-	-	-	0%
4) Credito v/Regione o Provincia Autonoma per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti	-	-	-	-	0%
3) Crediti v/Comuni	55.304	55.304	59.427	(4.124)	-7%
4) Crediti v/Aziende Sanitarie pubbliche ed acconto quota FSR da distribuire	1.483.741	1.483.741	1.476.926	6.816	0%
a) Crediti v/Aziende Sanitarie pubbliche della Regione	1.362.477	1.362.477	1.303.866	58.611	4%
b) Crediti v/Aziende Sanitarie pubbliche fuori Regione	121.265	121.265	173.060	(51.795)	-30%
5) Crediti v/Società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	41.268	41.268	41.268	-	0%
6) Crediti v/Eraria	6.327	6.327	53.108	(46.780)	-88%
7) Crediti v/altri	3.804.869	3.804.869	5.795.616	(1.990.747)	-34%
III - Attività Finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni	-	-	-	-	0%
1) Partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni	-	-	-	-	0%
2) Altri titoli che non costituiscono immobilizzazioni	-	-	-	-	0%
IV - Disponibilità Liquide	39.766.995	11.313.514	28.453.481	251%	251%
1) Cassa	19.398	16.502	2.896	18%	18%
2) Istituto Tesoriere	39.606.632	11.112.103	28.494.529	256%	256%
3) Tesoreria Unica	-	-	-	-	0%
4) Conto Corrente postale	140.965	184.909	(43.943)	-24%	-24%
C) Ratei e risconti attivi	1.638.822	1.659.059	(20.236)	-1%	-1%
I - Ratei Attivi	-	-	-	-	0%
II - Risconti Attivi	1.638.822	1.659.059	(20.236)	-1%	-1%
TOTALE ATTIVO	265.820.484	280.061.130	(14.240.647)	-5%	-5%
D) Conti d'ordine	1.302.439	4.030.639	(2.728.200)	-68%	-68%
1) Canoni di Leasing ancora da pagare	1.302.439	4.030.639	(2.728.200)	-68%	-68%
2) Depositi Cauzionali	-	-	-	-	0%
3) Beni in Comodato	-	-	-	-	0%
4) Altri Conti d'Ordine	-	-	-	-	0%
PATRIMONIO NETTO					
A) Patrimonio Netto					
I - Fondo di dotazione	-	-	-	-	0%
II - Finanziamenti per Investimenti	127.641.979	136.075.298	(8.433.319)	-6%	-6%
1) Finanziamenti per beni di prima dotazione	81.596.221	85.173.689	(3.577.468)	-4%	-4%
2) Finanziamenti da Stato per Investimenti	-	-	-	-	0%
a) Finanziamenti da Stato ex Art. 20 Legge 67/88	-	-	-	-	0%
b) Finanziamenti da Stato - Ricerca	-	-	-	-	0%
c) Finanziamenti da Stato - Altro	-	-	-	-	0%
3) Finanziamenti da Regione per investimenti	45.629.048	50.901.609	(5.272.561)	-10%	-10%

UFF. GEST. ECON. FINANZIARIA
IL DIRIGENTE
Dr.ssa Maria Rutini

4) Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti	-	-	-	0%	
5) Finanziamenti per investimenti da rettifica Contributi in c/Esercizio	416.710	-	416.710	100%	
III - Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	529.406	3.536.531	(3.007.125)	-85%	
IV - Altre riserve	-	-	-	0%	
V - Contributi per ripiano perdite	37.732.372	37.732.372	-	0%	
VI - Utili o Perdite portati a nuovo	(162.839.405)	(180.504.652)	17.665.247	-10%	
VII - Utile o Perdita di Esercizio	1	24.046.635	(24.046.634)	-100%	
TOTALE PATRIMONIO NETTO	3.064.354	20.886.185	(17.821.831)	-85%	
PASSIVO					
B) Fondi per rischi ed oneri	66.252.725	38.468.473	27.784.252	72%	
1) Fondi per Imposte anche differite	970.173	1.256.080	(285.907)	-23%	
2) Fondi per rischi	24.965.946	10.256.023	14.709.923	143%	
3) Fondi da distribuire	-	-	-	0%	
4) Quota inutilizzata Contributi di parte corrente vincolati	30.153.875	14.712.274	15.441.601	105%	
5) Altri fondi oneri	10.162.731	12.244.097	(2.081.365)	-17%	
C) Trattamento Fine Rapporto	1.666.020	1.582.469	83.551	5%	
1) Premi Operosità	1.666.020	1.582.469	83.551	5%	
2) TFR personale dipendente	-	-	-	0%	
D) Debiti (con separata indicazione per ciascuna voce degli Importi esigibili oltre l'esercizio successivo)	194.837.384	194.837.384	208.838.860	(14.001.475)	-7%
1) Mutui passivi	-	-	-	0%	
2) Debiti v/Stato	-	-	-	0%	
3) Debiti v/Regione o provincia Autonoma	28.082.148	28.082.148	42.565.539	(14.483.391)	-34%
4) Debiti v/Comuni	-	-	-	0%	
5) Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche	1.194.912	1.194.912	904.925	289.987	32%
a) Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche della Regione per spesa corrente e mobilità	-	-	-	0%	
b) Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA	-	-	-	0%	
c) Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente Extra LEA	-	-	-	0%	
d) Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche della Regione per altre prestazioni	1.017.345	1.017.345	757.183	260.162	34%
e) Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche della Regione per versamenti a Patrimonio netto	-	-	-	0%	
f) Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche fuori Regione	177.567	177.567	147.741	29.825	20%
6) Debiti v/Società partecipate e/o Enti dipendenti dalla Regione	-	-	-	0%	
7) Debiti v/Fornitori	126.941.930	126.941.930	125.033.937	1.907.993	2%
8) Debiti v/Istituto Tesoriere	-	-	-	0%	
9) Debiti Tributarî	8.143.650	8.143.650	7.940.494	203.156	3%
10) Debiti vs Altri Finanziatori	-	-	-	0%	
11) Debiti v/Istituti previdenziali, assistenziali e di sicurezza	8.147.768	8.147.768	8.408.795	(261.027)	-3%
12) Debiti v/Altri	22.326.978	22.326.977	23.985.170	(1.658.193)	-7%
E) Ratei e risconti passivi	-	-	10.285.144	(10.285.144)	-100%
1) Ratei Passivi	-	-	-	0%	
2) Risconti Passivi	-	-	10.285.144	(10.285.144)	-100%
TOTALE PASSIVO	262.756.129	259.174.945	3.581.184	1%	
TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO	265.820.484	280.061.130	(14.240.647)	-5%	
F) Conti d'ordine	(1.302.439)	(4.030.639)	2.728.200	-68%	
1) Canoni di Leasing ancora da pagare	(1.302.439)	(4.030.639)	2.728.200	-68%	
2) Depositi Cauzionali	-	-	-	0%	
3) Beni in Comodato	-	-	-	0%	
4) Altri Conti d'Ordine	-	-	-	0%	

UFF. GEST. ECON. FINANZIARIE
IL DIRIGENTE
D.ssa Maria Ruffini

CONTO ECONOMICO AL 31/12/2012

	Esercizio 2012	Esercizio 2011	Variazione	
			Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	534.529.260	556.709.087	(22.179.827)	-4%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	533.033.365	554.881.475	(21.848.110)	-4%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	1.495.895	1.821.337	(325.443)	-18%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	1.445.150	1.512.545	(67.395)	-4%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-	0%
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	-	-	-	0%
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-	0%
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	-	-	-	0%
6) Contributi da altri soggetti pubblici	50.745	308.792	(258.048)	-84%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	6.275	(6.275)	-100%
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	0%
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	0%
3) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	0%
4) da privati	-	6.275	(6.275)	-100%
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-	-	0%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(518.337)	-	(518.337)	100%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	4.164.361	4.314.729	(150.368)	-3%
a) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Provincia Autonoma per quota FSR vincolata	3.284.436	4.314.729	(1.030.292)	-24%
b) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Soggetti Pubblici (extra fondo vincolati)	879.924	-	879.924	100%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	106.600.311	99.328.897	7.271.415	7%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	99.304.818	91.933.678	7.371.140	8%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	4.210.067	3.938.599	271.468	7%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	3.085.426	3.456.620	(371.193)	-11%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.638.218	3.628.606	9.612	0%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	8.758.628	8.209.852	548.776	7%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	6.580.838	6.369.240	211.598	3%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	0%
9) Altri ricavi e proventi	623.274	853.407	(230.134)	-27%
Totale A)	664.376.553	679.413.818	(15.037.265)	-2%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	90.459.037	89.712.729	746.308	1%
a) Acquisti di beni sanitari	88.848.314	88.143.015	705.299	1%
b) Acquisti di beni non sanitari	1.610.723	1.569.714	41.009	3%
2) Acquisti di servizi sanitari	301.793.820	311.641.702	(9.847.882)	-3%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	34.931.596	35.988.900	(1.057.304)	-3%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	58.003.737	64.773.550	(6.769.813)	-10%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	26.224.598	25.297.601	926.997	4%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	21.415.332	22.307.980	(892.648)	-4%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	2.675.497	1.189.549	1.485.948	125%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	4.359.384	4.962.358	(602.973)	-12%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	107.990.961	113.897.283	(5.906.322)	-5%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	12.731.966	11.716.442	1.015.524	9%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	3.435.312	3.411.650	23.662	1%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	3.199.366	3.396.206	(196.840)	-6%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	2.109.432	2.209.406	(99.974)	-5%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	14.663.597	13.741.337	922.261	7%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	3.871.194	3.131.772	739.422	24%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	2.913.417	3.011.232	(97.815)	-3%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	927.186	710.557	216.628	30%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	2.341.246	1.895.878	445.367	23%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	0%
3) Acquisti di servizi non sanitari	35.361.656	35.049.919	311.737	1%
a) Servizi non sanitari	33.855.019	33.954.232	(99.213)	0%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	859.019	275.887	583.132	211%
c) Formazione	647.618	819.800	(172.182)	-21%
4) Manutenzione e riparazione	11.694.704	11.079.841	614.864	6%
5) Godimento di beni di terzi	8.526.716	8.200.898	325.817	4%
6) Costi del personale	168.686.968	170.038.885	(1.351.917)	-1%

JFF. GEST. ECON. FINANZIARIA
IL DIRIGENTE
Dr.ssa Maria Ruffini

a) Personale dirigente medico	70.080.137	69.505.861	574.276	1%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.789.039	4.939.360	(150.321)	-3%
c) Personale comparto ruolo sanitario	67.162.581	68.503.086	(1.340.505)	-2%
d) Personale dirigente altri ruoli	2.096.990	2.126.724	(29.734)	-1%
e) Personale comparto altri ruoli	24.558.220	24.963.855	(405.634)	-2%
7) Oneri diversi di gestione	2.437.703	2.425.734	11.970	0%
8) Ammortamenti	8.548.900	8.686.194	(137.294)	-2%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	57.973	64.166	(6.193)	-10%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	4.754.863	4.738.064	16.799	0%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.736.064	3.883.964	(147.899)	-4%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.000.000	-	1.000.000	0%
10) Variazione delle rimanenze	184.521	(901.589)	1.086.110	-120%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	221.001	(889.292)	1.110.293	-125%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	(36.480)	(12.297)	(24.182)	197%
11) Accantonamenti	25.533.469	11.028.077	14.505.392	132%
a) Accantonamenti per rischi	15.272.667	2.517.356	12.755.311	507%
b) Accantonamenti per premio operosità	280.383	270.017	10.367	4%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	9.680.901	7.938.705	1.742.196	22%
d) Altri accantonamenti	299.518	302.000	(2.482)	-1%
Totale B)	654.227.494	646.962.389	7.265.105	1%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	10.149.058	32.451.428	(22.302.370)	-69%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	23.307	176.656	(153.349)	-87%
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	104.343	44.807	59.537	133%
Totale C)	(81.036)	131.850	(212.885)	-161%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni	-	-	-	0%
2) Svalutazioni	-	-	-	0%
Totale D)	-	-	-	0%
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	11.416.342	21.140.204	(9.723.862)	-46%
a) Plusvalenze	6.473	-	6.473	100%
b) Altri proventi straordinari	11.409.869	21.140.204	(9.730.335)	-46%
2) Oneri straordinari	9.004.203	17.480.649	(8.476.446)	-48%
a) Minusvalenze	74.469	-	74.469	100%
b) Altri oneri straordinari	8.929.734	17.480.649	(8.550.915)	-49%
Totale E)	2.412.139	3.659.554	(1.247.416)	-34%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	12.480.162	36.242.832	(23.762.671)	-66%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	12.019.312	11.822.747	196.564	2%
a) IRAP relativa a personale dipendente	11.198.800	11.040.601	158.199	1%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	578.834	584.830	(5.996)	-1%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (Intraoemia)	241.678	197.159	44.519	23%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	158	(158)	-100%
2) IRES	460.849	373.450	87.399	23%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	0%
Totale Y)	12.480.161	12.196.197	283.963	2%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	1	24.046.635	(24.046.634)	-100%

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,
PARCHI, TERRITORIO, AMBIENTE, ENERGIA
Servizio Verifica Atti del Presidente e della Giunta Regionale,
Legislativo e Bura
UFFICIO BURA**

DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:

Via Leonardo Da Vinci n. 6
67100 L'Aquila

centralino: 0862 3631
Tel. 0862 363264/3206

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Pec: bura@pec.regione.abruzzo.it