

## Sommario

1.1 Apparecchiature di Risonanza Magnetica - Quadro di riferimento .....	1
1.2 Fabbisogno di apparecchiature di risonanza magnetica ad alto campo .....	2
1.3 Stima del fabbisogno 2023 di apparecchiature a RMN ad alto campo .....	3
1.4 Strutture poliambulatoriali. Branche e discipline.....	5
1.5 Fabbisogno di accreditamento della disciplina di oculistica (branca 16) .....	7
1.6 Fabbisogno di autorizzazione e accreditamento di centri ambulatoriali di riabilitazione psicologica per minori .....	9

### 1.1 Apparecchiature di Risonanza Magnetica - Quadro di riferimento

L'aumento dell'età media della popolazione, la diminuzione del tasso di natalità e la concomitanza di altri fattori epidemiologici hanno aperto la strada all'introduzione di tecnologie sanitarie sempre più sofisticate ma anche costose (TAC, PET, RMN, acceleratori lineari), il cui processo di approvvigionamento è assoggettato ad un iter valutativo, sia autorizzativo e di sicurezza (in capo ad INAIL), sia clinico, di appropriatezza, efficacia e adeguatezza tecnologica (HTA – Ministero della Salute e Regioni).

La cabina di regia del Ministero della Salute, in data 9 luglio 2013, approvava lo schema di Decreto "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate", con cui è stato individuato, tra l'altro, l'elenco delle grandi apparecchiature sanitarie individuate dallo specifico codice CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici) di seguito riportate:

- TAC (CND - Z11030601-04)
- RMN (CND Z11050101-06)
- ACCELERATORI LINEARI (CND Z 11 01 01 01-03)
- SISTEMI ROBOTIZZATI PER CHIRURGIA ENDOSCOPICA (CND Z 12 02 01 01)
- SISTEMI TAC/PET (CND Z 11 02 03 01)
- GAMMA CAMERE COMPUTERIZZATE ( CND Z 11 02 01 01-05)
- SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA ( CND Z 11 02 02 01)
- MAMMOGRAFI (CND - Z11030201 - 02)
- ANGIOGRAFI (CND - Z11030102 - 03)

Con l'obiettivo di disporre di un Inventario Nazionale delle apparecchiature sanitarie che soddisfi le esigenze di monitoraggio e di governo del Servizio Sanitario Nazionale (in particolare la pianificazione degli investimenti), il Decreto del Ministro della salute del 22 aprile 2014 istituiva quindi il "Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate".

I dati sono trasmessi direttamente dalle strutture sanitarie al Ministero della salute, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, e permettono di individuare:

- La struttura presso la quale è collocata o disponibile l'apparecchiatura sanitaria (Localizzazione);
- Le principali caratteristiche (Elementi di configurazione specifici per ciascuna tipologia di apparecchiatura) dell'apparecchiatura che determinano l'erogazione di prestazioni sanitarie; ciò ricomprende anche gli interventi di aggiornamento che consentono di aumentare le prestazioni sanitarie erogate dalla stessa apparecchiatura (Caratteristiche);
- Le modalità di acquisizione dell'apparecchiatura; tale sezione è riferita esclusivamente alle strutture sanitarie pubbliche (Acquisizione);
- Le modalità e i tempi di attivazione dell'apparecchiatura presso la struttura sanitaria (Attivazione);
- I tempi medi di disponibilità di un'apparecchiatura (Gestione).

Il Decreto 10 agosto 2018 ad oggetto "Determinazione degli standard di sicurezza e impiego per le apparecchiature a risonanza magnetica" ha determinato che il legale rappresentante della struttura sanitaria in cui è installata l'apparecchiatura, avvalendosi dei soggetti preposti specificati nel documento allegato, assicura il rispetto degli standard tecnici nonché la protezione fisica e la sorveglianza medica degli operatori, dei pazienti e della popolazione occasionalmente esposta.

## 1.2 Fabbisogno di apparecchiature di risonanza magnetica ad alto campo

Secondo la banca dati INAIL, le apparecchiature di risonanza magnetica a corpo intero, installate e operanti sul territorio nazionale, alla data del 31 dicembre 2021 risultano essere pari a 1.572 unità.

L'installazione di apparecchiature a RM (ad eccezione delle apparecchiature RM settoriali) è consentita presso le strutture sanitarie pubbliche o private, autorizzate secondo i requisiti stabiliti a livello regionale e comunque dotate di un'apparecchiatura di tomografia computerizzata, di un'apparecchiatura di radiologia convenzionale e di un ecografo.

Alle singole regioni è consentito, anche in base ad eventuali proprie valutazioni sulla connotazione tecnologica delle strutture sanitarie, derogare dalla necessità della presenza dell'apparecchiatura di tomografia computerizzata nel caso in cui sia prevista e regolamentata un'integrazione con strutture viciniori di diagnostica per immagini.

Nel 2016 sono state apportate importanti novità riguardo le autorizzazioni all'installazione e all'uso di apparecchiature a Risonanze Magnetiche ad alto campo (articolo 21bis del Decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113).

Oggi l'installazione e l'utilizzo dei tomografi RM è soggetto alle seguenti tre tipologie di regimi autorizzativi:

1. apparecchiature non soggette ad autorizzazione, ai sensi dell'art. 3 del d.p.r. 542/1994. Questa prima categoria di tomografi RM, non soggetti ad autorizzazione ed installabili presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, comprese quelle non dotate del servizio di radiologia diagnostica, è costituita dalle apparecchiature settoriali, dedicate, cioè, agli arti, utilizzando elettromagneti e/o magneti permanenti e misti, con valori di campo statico di induzione magnetica **non superiori a 0,5 tesla**.

2. apparecchiature soggette all'autorizzazione all'installazione da parte della regione o della provincia autonoma, ai sensi dell'art. 21-bis comma 2 della l. 160/2016. Questa seconda categoria delle apparecchiature RM, la cui installazione è soggetta ad autorizzazione regionale o della provincia autonoma, allo stato attuale comprende tutti i tomografi RM a superconduttore (anche se dedicati agli arti o alla testa) e, indipendentemente dal tipo di magnete utilizzato per generare il campo magnetico, tutte le apparecchiature RM di tipo *total body*, ovvero non dedicate ad un uso esclusivo sugli arti, purché, in entrambi i casi, abbiano un valore di campo magnetico statico di induzione magnetica **non superiore a 4 tesla**.

3. apparecchiature soggette all'autorizzazione all'installazione e all'uso da parte del Ministero della salute, sentiti il Consiglio superiore di sanità, l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, ai sensi dell'art. 21-bis comma 3 della l. 160/2016. Le apparecchiature a risonanza magnetica (RM) con valore di campo statico di induzione magnetica **superiore a 4 tesla** sono soggette all'autorizzazione all'installazione e all'uso da parte del Ministero della salute, sentiti il Consiglio superiore di sanità, l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

Considerando un'aliquota di ammortamento delle attrezzature materiali mediamente pari al 12,5% (salvo, per alcune apparecchiature, l'applicazione di aliquote pari al 20%) si può stimare una vita media commerciale utile di 8 anni. In termini di vita residua operativa, il rapporto Inail evidenziava un tempo di vita medio delle apparecchiature a RM installate in Abruzzo di 7,9 anni, a fronte di una durata media nazionale di 11,2 anni (periodo di riferimento 2007-2015).

L'Inail classifica le apparecchiature in apparecchiature in funzione del tipo di magnete in:

RMN a basso campo:

- permanente/resistivo a basso campo (<0,5 tesla);

RMN ad alto campo:

- superconduttivo 0,5-2 tesla;
- superconduttivo 0-5-2 tesla a basso contenuto di elio (successivamente BCE);
- superconduttivo B0 > 2 tesla.

### 1.3 Stima del fabbisogno 2023 di apparecchiature a RMN ad alto campo

Dall'esame del dato estratto dal flusso NSIS delle grandi apparecchiature, si evince che in Regione risultano installate e funzionanti n.16 RMN ad alto campo (>0,5 Tesla), di cui 8 in ambito pubblico e 8 in ambito privato accreditato.

Apparecchiature a RM con campo >0,5 Tesla (anno 2021)

ASL	pubblico	privato
201- Avezzano Sulmona L'Aquila	3	2
202- Lanciano-Vasto-Chieti	2	2
203 - Pescara	2	3
204 - Teramo	1	1
<b>Totale complessivo Abruzzo = 16</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Si ricorda che il piano di potenziamento degli acquisti in elevata tecnologia in atto presso le ASL regionali con le risorse PNRR (M6C2) ai fini del rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi), prevede l'acquisto, entro il 2024 di almeno 3.100 nuove apparecchiature a livello nazionale.

Nel dettaglio, in base a una ricognizione condotta dal Ministero della Salute, il fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie è stato individuato, in Italia, in 3.133 unità da acquistare in sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (vetustà maggiore di 5 anni). Il numero e le tipologie delle apparecchiature da implementare/sostituire riguarda: 340 TAC a 128 strati, 190 risonanze magnetiche 1,5 T, 81 acceleratori lineari, 937 sistemi radiologici fissi, 193 angiografi, 82 gamma camere, 53 gamma camere/TAC, 34 PET TAC, 295 mammografi, 928 ecotomografi.

In particolare, il Decreto 20 gennaio 2022 "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari" prevede l'assegnazione alla Regione Abruzzo di € 31.130.224,47 per questa finalità.

Dal POR PNRR allegato alla DGR 263/2022 si evidenzia inoltre che la Regione Abruzzo ha in programma l'acquisto – tra le altre tipologie di nuove apparecchiature - di nuove n. 8 apparecchiature di RMN ad alto campo da installare in P.O. pubblici entro il 2024, anche ai fini di sostituzione/rinnovamento del parco tecnologico esistente, secondo il seguente riparto:

**Previsioni di acquisto di nuove apparecchiature a RMN (1,5 Tesla) entro 2024 - P.O.R. PNRR approvato con DGR 263/22**

ASL	N.
201- Avezzano Sulmona L'Aquila	0
202- Lanciano-Vasto-Chieti	4
203 - Pescara	2
204 - Teramo	2
<b>Totale</b>	<b>8</b>

Fonte: Regione Abruzzo DGR 263/2022

Il totale complessivo di apparecchiature a RMN ad alto campo raggiungerebbe pertanto le 24 installazioni entro il 2024, al lordo di eventuali sostituzioni e dismissioni.

Dalla tabella sottostante (con dati extraregionali tratti da banca dati Inail) si evince che la Regione Abruzzo dispone di un numero di 1 RMN ad alto campo per bacino di utenza di **79.747** residenti, a fronte di un bacino di utenza medio delle cinque regioni benchmark (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Umbria e Veneto) proposte dalla Conferenza Stato Regioni per il riparto del FSN e prospetticamente individuate anche per gli anni successivi al 2022, pari a **52.471** abitanti. Considerando un bacino di utenza pari a quello medio delle regioni benchmark, il fabbisogno tendenziale stimato per la Regione Abruzzo sarebbe pari a **24** apparecchiature a RM ad alto campo ( $1.275.950 / 52.471 = 24$ ).

Apparecchiature a RM ad alto campo (>0,5 Tesla anno 2021, banca dati Inail)	Numero	Popolazione	Bacino virtuale di utenza
Emilia-Romagna	94	4.425.366	47.078
Lombardia	222	9.943.004	44.788
Marche	21	1.487.150	70.817
Umbria	19	858.812	45.201
Veneto	89	4.847.745	54.469
<b>Regioni benchmark</b>	<b>445</b>	<b>21.562.077</b>	<b>52.471</b>
<b>Abruzzo</b>	<b>16</b>	<b>1.275.950</b>	<b>79.747</b>

Tenendo conto della tempistica legata al potenziamento PNRR del parco aziendale di RMN (idealmente ripartito in 4 unità per anno nel biennio 2023-24) e anche tenendo conto di possibili sostituzioni per dismissione, si può stimare un fabbisogno aggiuntivo di RMN soggette ad autorizzazione pari a **4 RMN ad alto campo** per il 2023.

**Fabbisogno 2023 stimato di nuove apparecchiature a RMN**

Regione	Esistenti (A)	Fabbisogno tendenziale (B)	Esistenti con stima stato avanzamento acquisti PNRR al 31.12.2023 (C)	Fabbisogno ulteriore 2023 (B - C)
Abruzzo	16	24	20	4

#### 1.4 Strutture poliambulatoriali. Branche e discipline

Come previsto dalla legge e dalla normativa nazionale e regionale, l'attività sanitaria può essere svolta:

a) in forma di studio professionale (art. 1, comma 6, lett. b L.R. 32/2007) singolo o associato, che non rappresenta "struttura sanitaria" essendo riconducibile perlopiù all'apporto libero-professionale del professionista o dei professionisti - con prevalenza del lavoro personale rispetto a quello strumentale e/o organizzativo - e che non contempla il regime dell'autorizzazione comunale – sostituita dall'abilitazione ordinistica - né è sottoposto all'atto di fabbisogno (a norma dell'art. 3, comma 3 L.R. 32/07);

b) in forma di ambulatorio e poliambulatorio (art. 1, comma 6, lett. c e d L.R. 32/2007), dotata di maggiore complessità organizzativa e assoggettata al regime dell'autorizzazione comunale alla realizzazione (art. 3 L.R. 32/07) e all'esercizio (art. 4 L.R. 32/07), previo parere di compatibilità programmatica, svolta prevalentemente in una forma societaria prevista dal Libro V del Codice Civile con la disciplina speciale della Società tra Professionisti (STP) che, a sua volta, non rappresenta una nuova forma giuridica.

L'assistenza specialistica ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai medici specialisti (o comunque sotto la loro responsabilità clinica) negli ambulatori e nei laboratori territoriali o ospedalieri, pubblici o privati accreditati.

L'assistenza specialistica ambulatoriale si articola prevalentemente in:

##### Attività diagnostica

Strumentale: effettuata attraverso apparecchiature, con o senza uso di radiazioni (RX, TAC, RM, scintigrafia, ecografia, ECG, EEG, gastroscopia, colonscopia, artroscopia, audiometria, ecc.);

Di laboratorio: Chimica clinica; Microbiologia; Virologia; Anatomia e istologia patologica; Genetica; Immunoematologia.

##### Attività clinica

Visite Specialistiche: prima visita, visita a completamento della prima, visita di controllo, visita multidisciplinare

Attività terapeutica: radioterapia, medicazione, sutura, iniezione, infiltrazione, incisione, attività chirurgica, dialisi, trattamento odontoiatrico, applicazione apparecchio gessato, psicoterapia, ecc.

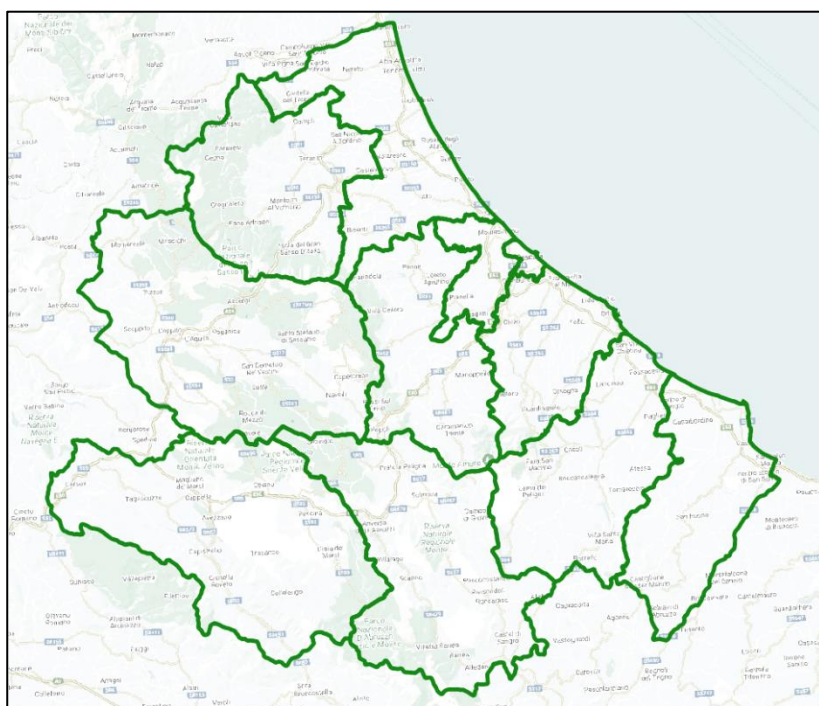
Riabilitazione: terapia educativa, training disturbi cognitivi, rieducazione motoria, rieducazione del linguaggio, rieducazione cardiorespiratoria, ecc.

A norma degli artt. 1, comma 6, lettera d) e 2, comma 1 della L.R. 32/2007, per poliambulatorio si intende la struttura sanitaria ambulatoriale (art.1, comma 6, lettera c L.R. 32/2007) caratterizzata dalla presenza di almeno due discipline specialistiche e assoggettata al procedimento amministrativo di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio.

Le branche autorizzabili sono le c.d. "branche a visita" riportate nel documento programmatico, le quali si riferiscono alle branche indicate nel Disciplinare tecnico del Decreto 15 ottobre 2010 (indicate dai codici identificativi da 1 a 26).

Per le istanze prodotte da poliambulatori, nell'ipotesi di carenza di punti nell'ambito del Distretto di elezione della sede erogativa, si valuterà la presenza di punti erogativi disponibili risalendo al livello della corrispondente circoscrizione di "Area Distrettuale" (Fig. 1) fino al limite massimo del livello di circoscrizione provinciale (ASL).

Fig. 1 Raggruppamento dei DSB nelle "Aree distrettuali" (previste da DGR 78/2017)



#### Aree distrettuali con relativi DSB di appartenenza ex L.R. 5/2008

##### Asl 201:

Distretti 1-5: Area L'Aquila

Distretti 2-3: Area Marsica

Distretti 4-6: Area Peligno Sangrina

Asl 202:

Distretti 2-3-6: Area 1

Distretti 4-5: Area 2

Distretti 1-7: Area 3

Asl 203:

Distretti 1-2: Area Pescara

Distretti 3-5: Area Metropolitana

Distretti 4-6: Area Montana

Asl 204:

Distretti 1-5: Area Gran Sasso-Laga

Distretti 2-3-4: Area Adriatico

Nel caso di pareri di compatibilità programmatica da rilasciare a seguito di istanze di formulate per branche specialistiche non testualmente presenti nelle 26 branche del Decreto 15 ottobre 2010, sarà necessario verificare l'affinità della stessa con una di quelle presenti nell'allegato tecnico ASR sulla base dell'Allegato A – Parte I del DPR 271 del 28 luglio 2000 (Regolamento di esecuzione dell'ACN Specialistica ambulatoriale stipulato in data 9 marzo 2000).

### 1.5 Fabbisogno di accreditamento della disciplina di oculistica (branca 16)

Nelle more della definizione di un fabbisogno di accreditamento generale per le branche e discipline previste nell'Allegato 1 (da definire a cura dell'ASR con apposito tavolo di confronto con le ASL e in coordinamento con il Comitato Tecnico regionale liste d'attesa), si evidenzia la necessità di stimare, nell'immediato, un fabbisogno di accreditamento per la disciplina di oculistica (branca 16) ai fini di ottemperanza a giudicato amministrativo.

Con Sentenza n. 1043 del 4.2.2021, il Consiglio di Stato respingeva difatti l'appello della Regione Abruzzo proposto avverso la sentenza TAR Abruzzo n. 249/2020, con la quale il Tribunale Amministrativo decideva, in senso sfavorevole alla Regione, il ricorso per ottemperanza alla sua precedente sentenza n. 300/2018. Nel merito, la sentenza del Consiglio di Stato ha visto soccombente la Regione circa l'obbligo di rivalutazione dell'istanza di accreditamento di un operatore privato per la disciplina in questione, previa indizione del bando previsto dall'art. 6 della L.R. 32/2007.

Si premette che il fabbisogno regionale di prestazioni di oculistica (branca 16) stimato nell'Allegato 1 è complessivamente uno dei più rilevanti in regione per le branche a visita, dopo quelli di cardiologia, ortopedia e nefrologia.

Pur essendo ancorate alla risoluzione della controversia riguardante la struttura sanitaria ricorrente, avente sede nel Distretto n. 5 (corrispondente all'Ambito Sociale "Sangro Aventino"), a sua volta ricompreso nell'Area Distrettuale 2 della ASL 202 Lanciano-Vasto-Chieti, le motivazioni giudiziali che delineano la soccombenza regionale e l'opportunità di periodica emanazione di bandi di accreditamento, non sono strettamente legate alla disamina di fabbisogni aggiuntivi, né appaiono improntate alla necessità di stima



puntuale per la singola branca. Le motivazioni hanno difatti rimarcato la necessità che l'operato regionale si conformi al criterio, di matrice eurounitaria, di tutela della concorrenza, di miglioramento dell'offerta sanitaria privata e di progressiva crescita della qualificazione (accreditamento) della stessa tramite periodica riedizione dei bandi ex art. 6 L.R. 32/07, senza che ciò vada a detrimento del principio di contenimento della spesa pubblica. Pertanto senza diretti risvolti in ambito di contrattualizzazione, principio che in numerose sentenze – ex multis la stessa n. 1043/21 -, oltre che in massime della Corte Costituzionale, è ribadito dal Consiglio di Stato.

La conduzione di una previa analisi del fabbisogno aggiuntivo di oculistica non è quindi strettamente correlata con i principi che informano l'obbligo di ottemperanza regionale al giudicato amministrativo e col fine di motivare la scelta pubblica di indizione del bando ex art. 6.

Come evidenziato in flusso NSIS e nella DGR 500 del 31.08.2022, sono attualmente 2 gli operatori privati accreditati in regione nella branca a visita di oculistica, di cui 1 con sede nel Distretto 1-Vastese dell'Area Distrettuale 3 della ASL 202 e 1 nel Distretto 1-Pescara Nord dell'Area Distrettuale Pescara della ASL 203.

Fabbisogno di punti di offerta per Area Distrettuale (elaborazione da tab. C2 All.1, pag. 39)	N.	Accreditati	Fabbisogno di punti di offerta da accreditare con successivo bando
<b>Asl 201</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Distretti 1-5: Area L'Aquila	9	0	1
Distretti 2-3: Area Marsica	8	0	1
Distretti 4-6: Area Peligno Sangrino	5	0	1
<b>Asl 202</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Distretti 2-3-6: Area 1	11	0	1
Distretti 4-5: Area 2	7	0	1
Distretti 1-7-(8): Area 3	9	1	0
<b>Asl 203</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Distretti 1-2: Area Pescara	9	1	0
Distretti 3-5: Area Metropolitana	7	0	1
Distretti 4-6: Area Montana	6	0	1
<b>Asl 204</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
Distretti 1-5: Area Gran Sasso-Laga	11	0	1
Distretti 2-3-4: Area Adriatico	15	0	1
<b>ABRUZZO</b>	<b>97</b>	<b>2</b>	<b>9</b>

In virtù della riprogrammazione e del potenziamento previsti dal PNRR per i servizi distrettuali (COT, CdC hub, OdC, UCCP) "di area vasta", corrispondente al bacino di utenza di circa 100 mila abitanti, più volte ricorrente negli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale, ai fini della stima del fabbisogno di accreditamento si ritiene ragionevole prendere in considerazione le Aree Distrettuali (Fig. 1) definite dalle ASL in aderenza ai principi della DGR 78/2017 e non i singoli distretti sanitari di base.

Nell'ottica di un incremento della qualificazione dell'offerta ambulatoriale privata di oculistica in tutte le macroaree distrettuali, si stima quindi in **n. 9 punti aggiuntivi** – secondo il prospetto precedente – il



fabbisogno di accreditamento per la disciplina in oggetto, rinviando ad una successiva DGR l'approvazione del relativo bando ex art. 6 della L.R. 32/07, che avrà cura di definirne le modalità istruttorie.

Branca a visita di oculistica (16)	Fabbisogno di punti di offerta per provincia (estratto Tab. C dell'All.1, pag. 37)				
	L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo	ABRUZZO
Fabbisogno di punti di offerta per provincia/ASL (estratto Tab. C dell'All.1, pag. 37)	22	27	22	26	97
Fabbisogno di accreditamento di punti di offerta per provincia/ASL	3	2	2	2	9

## 1.6 Fabbisogno di autorizzazione e accreditamento di centri ambulatoriali di riabilitazione psicologica per minori

Ai sensi dell'art. 24 del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il SSN garantisce ai minori le prestazioni mediche specialistiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative e in particolare negli ambiti di attività della "prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi" (lettera m art. 24), della "psicoterapia individuale familiare e di gruppo" (lettera n) e del "supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio" (lettera o). Le indicate prestazioni sono erogate anche su segnalazione dall'Autorità Giudiziaria minorile competente per territorio.

L'art. 25 del DPCM Lea 2017 ("Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo") garantisce precipuamente ai minori l'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale per le prestazioni psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative, tra gli altri, nei seguenti ambiti di attività: g) colloqui psicologico-clinici; h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); r) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile. Inoltre, ai sensi dell'art. 25, comma 2, "L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione".

La letteratura clinica evidenzia che l'esposizione a precoci e reiterate esperienze di maltrattamento intra-familiare (trauma complesso) è un acclarato fattore di disturbo dello sviluppo dell'età evolutiva. Numerose ricerche longitudinali hanno inoltre dimostrato sul piano scientifico l'esistenza di una stretta correlazione tra malattia mentale in età adulta ed esposizione in epoca infantile ad esperienze sfavorevoli di natura traumatica<sup>1</sup>.

La mancanza di studi sistematici, in particolare epidemiologici, sugli esiti del trauma complesso dello sviluppo per quanto concerne l'incidenza del fenomeno sulla popolazione di riferimento, induce a far riferimento ad altre analisi. Uno studio ospitato nel sito Web dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA)<sup>2</sup> ha

<sup>1</sup> Rif. *Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo* di Ricciutello, Cheli, Montenegro, Campieri, Fini e Pincanelli – Azienda USL di Bologna – Centro Specialistico Provinciale contro i Maltrattamenti all'Infanzia 'Il Faro', in Rivista di Psichiatria, 2012

<sup>2</sup> *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?*, a cura di Cismai e Terre des Hommes, 2012

discusso i risultati di un'indagine campionaria svolta presso i Comuni italiani nel corso del 2012 su una popolazione di circa 5 milioni di persone, comprendente 758.932 minori. Della citata popolazione minorile, i minori presi in carico dai Servizi Sociali comunali sono stati 48.280 (il 6,36% della popolazione). In quell'occasione sono risultati 7.464 i minori presi in carico per maltrattamento.

Un più recente studio pubblicato dall'Istat nel 2020, dal titolo "*Indagine conoscitiva sulle forme di violenza fra i minori e ai danni di bambini e adolescenti*"<sup>3</sup>, presentato alla Commissione parlamentare per l'Infanzia e l'Adolescenza, ha rilevato numerosità ed incidenza del fenomeno della violenza e del danno sui minori nelle sue molteplici accezioni all'anno di riferimento 2018 (dalla violenza e dai reati a sfondo sessuale in ambito domestico, al cyberbullismo, all'adescamento tramite *social media*).

Analizzando le tavole statistiche collegate all'indagine Istat, possono essere computate, in Italia, in n. 4.452 le vittime minorenni di abuso dovuto a:

- atti persecutori (Tavola 1 All. Istat);
- reati a sfondo sessuale (Tavola 2 All. Istat);
- sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione minorile e pedopornografia (Tavola 3 All. Istat);
- comportamenti offensivi o violenti (Tavola 12 All. Istat)

con un'incidenza, considerata la popolazione minorile italiana al 2020 di 9.433.159 unità, dello **0,47 per mille**.

È pertanto possibile definire, applicando lo stimatore precedentemente descritto ad una popolazione regionale di 192.796 minori al 2020 (dato Istat), un fabbisogno di autorizzazione ed accreditamento per strutture sanitarie ambulatoriali di riabilitazione psicologica per minori vittime di abuso pari ad una platea di **90 minori/anno**.

Si approvano contestualmente le sottoindicate schede integrative del manuale di autorizzazione (5.11-ter) e accreditamento (5.7-ter), di cui alla DGR 591/P/2008, relative ai "Centri ambulatoriali di riabilitazione psicologica per minori", con tariffa di riferimento pari a quella per le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26 prevista dalla Deliberazione del Consiglio Regionale 571/2 del 21.12.2014 e ss.mm.ii..

---

<sup>3</sup> *Indagine conoscitiva sulle forme di violenza fra i minori e ai danni di bambini e adolescenti*, Istituto Nazionale di Statistica, 1° giugno 2020

## 5.11 ter CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE PSICOLOGICA PER MINORI Codice: APM

N° requisito	Requisiti minimi strutturali		
		SI	NO
1	L'ambulatorio è collocato in zone facilmente accessibili anche a pazienti disabili, dotate di adeguata segnaletica e tale da favorire l'agevole afflusso dei pazienti		
2	E' presente area di attesa dotata di numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono dell'ambulatorio		
3	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate		
4	Il locale ambulatorio permette l'accesso agevole ai pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione		
5	E' presente un locale con spazio per accettazione e attività amministrative/archivio		
6	Il locale ambulatorio ha una superficie non inferiore a 100 mq		
7	I locali dedicati all'esecuzione delle prestazioni riabilitative garantiscono il rispetto della privacy dell'utente		
8	In presenza di locali <i>open space</i> suddivisi in box, è garantita una superficie minima di 4,5 mq per postazione di cura		
9	Sono presenti servizi igienici distinti per pazienti e personale		
10	E' presente almeno un servizio igienico assistito		
11	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito		
12	E' presente locale adibito a deposito di materiale sporco		
13	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale per pulizie		
14	Sono presenti spazi/armadi per deposito di materiali d'uso, attrezzature e strumentazioni		
15	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D. Lgs. 81/08)		
16	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili		
17	I locali sono dotati di pavimento con raccordo arrotondato alle pareti		
18	I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 mt		
19	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile		
20	Nelle sale dedicate all'esecuzione di prestazioni è presente un lavabo in acciaio e ceramica con comando non manuale		
21	Gli arredi sono a superficie facilmente lavabile e disinfettabile		
N° requisito	Requisiti minimi tecnologici	SI	NO

22	La dotazione strumentale è correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e alle diverse tipologie di attività erogata		
23	E' presente un impianto telefonico utilizzabile da parte di tutti gli utenti		
24	Sono presenti attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di intervento abilitativo-riabilitativo negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo		
<b>N° requisito</b>	<b>Requisiti minimi organizzativi</b>		
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
25	L'ambulatorio dichiara espressamente la tipologia di tutte le prestazioni erogate		
26	E' garantita la globale presa in carico del paziente per l'intero iter abilitativo-riabilitativo		
27	E' presente una cartella ambulatoriale, con trattamento anche informatico dei dati, che contenga almeno i seguenti dati: a) dati anagrafici del paziente b) obiettivi del progetto/programma riabilitativo individuale c) gli obiettivi e i risultati raggiunti		
28	Il Coordinamento dell'ambulatorio è affidato ad un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile o in Psichiatria		
29	E' garantita la presenza, in relazione alle attività dell'ambulatorio, la presenza delle seguenti figure professionali: a) medico specialista in Neuropsichiatria Infantile o medico specialista in Psichiatra b) psicologo c) assistente sociale d) ulteriori figure professionali a seconda di quanto previsto nel Progetto Riabilitativo Individuale (logopedista, educatore professionale, terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale o terapeuta della riabilitazione psichiatrica)		
30	Sono presenti protocolli relativi al progetto/programma riabilitativo individuale conformi e coerenti alle Linee Guide nazionali e regionali		
31	E' presente una procedura per la custodia della cartella ambulatoriale, cartacea e informatica, nel rispetto della vigente normativa sulla privacy		
32	E' redatto un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) con specifica indicazione delle attività individuali e di gruppo		
33	E' garantito un adeguato accesso e un'adeguata informazione ai familiari		

## 5.7 ter CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE PSICOLOGICA PER MINORI

Codice: APM

N° requisito	n°	Oggetto	Fase MCQ	Liv.	Requisito
1	1	Accesso amministrativo	(P)	A	E' presente una procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	2		(E)	A	È attuata la procedura per l'accettazione contenente la descrizione dei sistemi di gestione delle liste e dei tempi di attesa
	3		(V)	B	Sono monitorati i tempi di attesa dichiarati e degli appuntamenti disattesi
	4		(PM)	C	Sono messe in atto azioni di miglioramento per ridurre i tempi di attesa
2	1	Accesso sanitario	(P)	A	E' presente una procedura per la gestione della cartella/scheda clinica
	2		(E)	A	E' attuata la procedura di gestione della cartella/scheda clinica
	3		(V)	B	E' valutata l'applicazione della procedura della gestione della cartella/scheda clinica
	4		(PM)	C	Vengono predisposte azioni di miglioramento della gestione della cartella/scheda clinica
3	1	Presa in carico del Paziente	(P)	A	E' presente una procedura che consente all'utente (o agli aventi diritto) di ottenere informazioni circa: - valutazioni cliniche - interventi abilitativi-riabilitativi - risultati attesi - operatori coinvolti - identificazione del case manager responsabile del rapporto con le famiglie
	2		(E)	A	Viene attuata la procedura, a tale scopo i piani di trattamento devono contenere informazioni su: - valutazioni cliniche - interventi abilitativi/riabilitativi - risultati attesi - operatori coinvolti - identificazione del case manager responsabile del rapporto con le famiglie
	3		(V)	B	Vengono valutati periodicamente i report sulla applicazione della procedura

	<b>4</b>		<b>(PM)</b>	<b>C</b>	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>Presa in carico del Paziente</b>	<b>(P)</b>	<b>A</b>	Sono definiti i criteri di costituzione del team multidisciplinare e multiprofessionale per tipologia di paziente
	<b>2</b>		<b>(E)</b>	<b>A</b>	Sono applicati i criteri di costituzione del team abilitativo-riabilitativo
	<b>3</b>		<b>(V)</b>	<b>B</b>	Vengono valutati periodicamente i report sulla applicazione dei criteri di costituzione del team abilitativo-riabilitativo
	<b>4</b>		<b>(PM)</b>	<b>C</b>	Vengono predisposte delle azioni correttive
<b>5</b>	<b>1</b>	<b>Performance Clinico-Terapeutiche</b>	<b>(P)</b>	<b>A</b>	Sono presenti procedure e/o Linee Guida conformi all'evidenza per la realizzazione di un progetto abilitativo-riabilitativo individuale e di gruppo multidisciplinare e multiprofessionale
	<b>2</b>		<b>(E)</b>	<b>A</b>	Vengono applicate le procedure inerenti il progetto abilitativo-riabilitativo individuale e di gruppo multidisciplinare e multiprofessionale
	<b>3</b>		<b>(V)</b>	<b>B</b>	Viene eseguita una revisione dei progetti abilitativi-riabilitativi attraverso l'auditing
	<b>4</b>		<b>(PM)</b>	<b>C</b>	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento
<b>6</b>	<b>1</b>	<b>Dimissione</b>	<b>(P)</b>	<b>A</b>	E' presente una procedura che, a conclusione del progetto abilitativo-riabilitativo, definisce i contenuti della lettera di dimissione e garantisce l'eventuale proseguimento delle cure e/o inserimento in una rete di servizi
	<b>2</b>		<b>(E)</b>	<b>A</b>	Viene attuata la procedura che, a conclusione del ciclo terapeutico, definisce i contenuti della lettera di dimissione e garantisce l'eventuale prosieguo di cure e/o inserimento in una rete di servizi
	<b>3</b>		<b>(V)</b>	<b>B</b>	E' valutata attraverso report periodici l'adesione alla procedura con particolare attenzione al grado di comprensione del paziente e dei familiari riguardo ai contenuti della lettera di dimissione
	<b>4</b>		<b>(PM)</b>	<b>C</b>	Vengono predisposte delle azioni di miglioramento