

LEGGE REGIONALE 18 MAGGIO 2000, N. 93

**Integrazione alla L.R. 2.7.1999, n. 37 recante: Piano Sanitario Regionale - triennio 1999-2001
(proposta di progetto obiettivo di tutela della salute mentale in età evolutiva) .**

BURA n. 18 del 28 giugno 2000

Art. 1

1. Il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1999-2001 - allegato A - è integrato nella parte 5 - Indirizzi Programmatici e Progetto Obiettivo - dell'allegato 1.

Art. 2

1. La presente legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

ALLEGATO 1

PROPOSTA DI PROGETTO OBIETTIVO DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA - REGIONE ABRUZZO

Premessa

La prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie neurologiche e psichiatriche in età evolutiva rivestono un ruolo importante nella tutela della salute del bambino e della popolazione in generale in quanto le patologie neuropsichiatriche dell'adulto fondano spesso le loro basi nell'età evolutiva. La complessità dei disturbi e dei bisogni di salute di tali pazienti necessita di un grande sforzo di approfondimento e di ricerca sulla modalità organizzativa migliore per consentire risposte effettivamente adeguate sia in senso preventivo che terapeutico.

Negli ultimi anni nella Regione Abruzzo si è assistito ad una crescente attenzione alle problematiche collegate alla salute mentale oltre che fisica, e quindi ai diritti e bisogni, dei bambini con l'aumento della spesa sociale ed i riconoscimenti in ambito nazionale alla Prima Conferenza sull'infanzia e l'adolescenza (Firenze 1998).

Dopo il primo Piano Sanitario Regionale 1994-96, nel quale venivano previsti i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile nel Dipartimento di Salute Mentale, sono state emanate una serie di leggi e normative regionali particolarmente significative come l'istituzione del Centro Regionale per le psicosi infantili (L'Aquila), il Progetto pilota in tema di abuso ai minori (Scerne di Pineto), il progetto di prevenzione della devianza minorile (L.R. 135/96).

In effetti la Regione Abruzzo da regione "depressa" in tema di assistenza ai bambini portatori di handicap o di disagio neuropsichico ha messo le basi anche con il secondo Piano Sanitario Regionale 1998-2000, per un'adeguata assistenza sociosanitaria che preveda una reale presa in carico del bambino e della sua famiglia attraverso interventi che dovranno essere necessariamente coordinati tra i vari servizi interessati collegati tra loro a rete.

Paradossalmente la Regione Abruzzo ha anticipato negli ultimi anni tendenze e modelli organizzativi che solo adesso si vengono delineando a livello nazionale per esempio nel progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute mentale recentemente pubblicato sulla G.U. del 22/11/99 che contiene un'ampia parte dedicata all'organizzazione dei servizi per la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva.

In particolare il progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute mentale prevede nella parte generale alcuni principi fondamentali:

- - conferma del modello organizzativo dipartimentale come il più idoneo a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità terapeutica;
- - attenzione specifica ai problemi della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza per l'importanza preventiva;
- - necessità di collegamento con il distretto sanitario, la medicina di base ed altri servizi "confinanti";
- - attenzione particolare ai disturbi mentali gravi con alto rischio di emarginazione sociale;
- - necessità di adozione di modalità adeguate ad assicurare l'urgenza psichiatrica;
- - sviluppo di una collaborazione costante e proficua con le associazioni dei familiari ed utenti;
- - adozione di linee guida per il buon funzionamento e la buona pratica clinica;
- - attivazione in ogni DSM di un nucleo di valutazione e miglioramento della qualità dei servizi,
- - programmazione dell'aggiornamento e la formazione continua degli operatori;
- - organico di almeno 1 operatore ogni 1500 abitanti;
- - impegno finanziario non inferiore al 5% del fondo nazionale sanitario.

D'altra parte nel Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale non viene ancora operata una scelta chiara e definitiva sulla collocazione dei servizi di neuropsichiatria infantile rinviando tale scelta ad una fase di sperimentazione, prevedendo peraltro tre possibilità: nel DSM, nel DMI o autonomamente.

Dal confronto tra i progetti obiettivi nazionali Salute Mentale e Materno Infantile (bozza pubblicato su Sole 24 ore) si possono riscontrare molti principi comuni e piccole differenze.

Principi comuni sono:

- - centralità del territorio come sede privilegiata per l'erogazione delle prestazioni,
- - valorizzazione dell'integrazione sociosanitaria,
- - massima integrazione delle tre componenti di base della neuropsichiatria infantile: neurologia, neuropsicologia e psicopatologia,
- - équipe integrata multiprofessionale (neuropsichiatri infantili, psicologi, terapisti della riabilitazione nelle diverse specificità, assistenti sociali, educatori professionali, etc.),
- - intervento allargato alla famiglia ad all'ambiente educativo e sociale,
- - specifica attenzione per singole fasce di età: prima e seconda infanzia, latenza e preadolescenza, prima e seconda adolescenza,
- - necessità di un ampio ventaglio di interventi in rete per l'adolescenza
- - investimento in posti in D.H. per evitare degenze inutili e favorire la permanenza dei bambini ed adolescenti nel proprio contesto di vita,
- - necessità di rilevazione epidemiologica e di monitoraggio della qualità degli interventi.
- - Le differenze con il progetto obiettivo di tutela della salute della donna e del bambino così come delineato dalla bozza pubblicata riguardano:
- - priorità dell'obiettivo tutela della salute mentale in ogni intervento sanitario,
- - collaborazione attiva con le Università sia per specifici compiti assistenziali che per la ricerca e la formazione-aggiornamento del personale, - realizzazione di progetti per il superamento dell'istituzionalizzazione in età evolutiva dei casi gravi e cronicizzati.
- - D'altra parte nel progetto per la tutela della salute della donna e del bambino vi sono anche:
- - progetti specifici per il problema dell'abuso e maltrattamento dei minori e per le problematiche specifiche dell'adolescenza,
- - precisi parametri per la determinazione dei posti letto di degenza (3:100.000 ab.) e di D.H. (5:100.000 ab.) inseriti negli ospedali ASL o nei policlinici o aziende ospedaliere o IRCCS (10:1 milione ab:),

- - specifici parametri per la determinazione delle strutture diurne (1:500.000 ab.) e residenziali (1:1.500.000ab.) per adolescenti con gravi disturbi della relazione e socializzazione.

Le differenze riscontrate possono comunque essere facilmente colmate dalle regioni nell'atto di recepimento del progetto obiettivo per la tutela della salute mentale così come richiesto dalla normativa stessa. In ogni caso l'esperienza già conseguita dai servizi per la tutela della salute mentale negli adulti, suggerisce che anche in età evolutiva è necessaria un'organizzazione che assicuri l'unitarietà degli interventi, la continuità terapeutica soprattutto nel passaggio dall'età infantile all'età adulta ed il collegamento funzionale con tutti i servizi coinvolti nella tutela della salute neuropsichica del bambino: pediatria di base ed ospedaliera, medicina scolastica, consultori familiari, servizi di riabilitazione pubblici e privati, Istituti medicopsicopedagogici, comunità terapeutiche, etc.

Il Servizio prevenzione handicap neuropsicosensoriali della Regione Abruzzo identificò subito nel DSM la collocazione ottimale dei servizi di NPI, ma a parte il problema della collocazione rimane ancora da definire un'organizzazione ottimale della rete dei servizi di NPI che non può prescindere sia dagli ambiti operativi che dal tipo di bisogni assistenziali.

In particolare un modello organizzativo deve far riferimento a:

- - ai valori demografici ed alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione 0-18 anni,
- - alle componenti della NPI: neurologia e psichiatria,
- - agli alti indici di comorbidità tra i disturbi,
- - alla necessità di operare in unità funzionali integrate e specializzate per fasce di età,
- - alla necessità di definire le piante organiche in base alle reali necessità diagnostiche e terapeutiche derivanti dalla rilevazione epidemiologica delle differenti patologie.
- - In particolare i dati demografici indicano che anche in Abruzzo la popolazione tra 0 e 18 anni corrisponde a circa 1/5 della popolazione generale con ampie variazioni in più ed in meno in sede locale.
- - Per quanto riguarda le caratteristiche epidemiologiche generali i dati riportati nel Progetto obiettivo di tutela della salute mentale stesso indicano che:
 - - circa 2 soggetti su 100 presentano handicap o patologie croniche altamente invalidanti (psicosi infantili, ritardo mentale medio-grave, encefalopatie progressive e non progressive, etc.) che richiedono interventi di lunga durata atti a ridurre il rischio di una condizione di mancanza della pur minima autonomia dal 50% al 25%;
 - - circa 6 soggetti su 100 presentano disturbi neuropsicologici (ritardo mentale lieve, disturbi specifici della coordinazione motoria, del linguaggio e dell'apprendimento, etc.) o psicopatologici (disturbi d'ansia, d. depressivi, d. della condotta, d. di personalità, d. dell'alimentazione, etc.) tali da richiedere interventi di media durata (1-5 anni) onde evitare il rischio di disadattamento e/o di patologia futura;
 - - circa 4-8 minori su 100 presentano piccoli problemi psicologici (disturbi del sonno, tics, balbuzie, enuresi, disturbi dell'emotività, etc.) che spesso costituiscono il primo campanello d'allarme della cosiddetta sofferenza silenziosa che richiederebbe un intervento di consultazione o di terapia breve per evitare che si inneschi un disturbo psicopatologico;

Restando al primo gruppo dei soggetti portatori di handicap neuropsicosensoriali, cioè di disabilità che tendono a protrarsi per tutta la vita, la partita si gioca sulla possibilità da una parte sulla possibilità di ridurre l'entità della disabilità primaria (possibile in linea teorica in media per il 30-40% a secondo del tipo di disabilità) e d'altra parte nell'evitare il grave rischio di comorbidità psichiatrica esistente in tali soggetti. si è infatti visto che i minori portatori di handicap hanno un forte rischio (75-80%) di sviluppare un problema psichiatrico secondario molto superiore al rischio presente nella popolazione generale (12-16%).

La conoscenza di tale fenomeno peraltro presente in tutti i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva per cui su 100 bambini con 1 problema NPI ve ne sono 60 che ne hanno un secondo e 40 che ne hanno un terzo, è stato chiaramente rilevato anche dal campione a disposizione dell'Osservatorio Epidemiologico degli Handicap Neuropsicosensoriali della Regione Abruzzo, nel

quale il già ristretto gruppo dei bambini che presentano unicamente un disturbo neurologico o fisico (12%) sarà destinato a ridursi ulteriormente qualora le rilevazioni epidemiologiche dei servizi di NPI diverranno più accurate e complete.

Ciò significa peraltro che anche i bambini con sindromi primariamente neurologiche come le paralisi cerebrali infantili o i deficit sensoriali avranno una prognosi più o meno buona in termini di adattamento psicosociale a seconda degli interventi "psicologici" che avranno ricevuto.

Peraltro sugli effetti della terapia riabilitativa di tipo fisiiatrico nei disturbi motori vi sono studi recenti che ne mettono addirittura in dubbio l'efficacia rispetto a programmi di stimolazione generica condotta dai genitori con la supervisione di un educatore.

Inoltre si sta diffondendo sempre più anche tra i genitori dei bambini con encefalopatie non progressive e tra gli operatori dei servizi una maggiore attenzione allo sviluppo psicosociale ed alla qualità della vita del minore intesa come benessere emotivo oltre che come capacità di autonomia motoria e fisica. Qualità di vita che dipende anche dagli interventi sul "sociale" volti a ridurre o abolire le cosiddette "barriere" (architettoniche, fisiche, psicologiche e culturali) che fanno sì che la disabilità si trasformi in handicap.

Paradossalmente nella Regione Abruzzo la gran parte dei bambini affetti da handicap (almeno l'88%) con disturbi primariamente o secondariamente psichici, è seguita presso servizi di riabilitazione pubblici e privati che erogano prestazioni di tipo fisiochinesiterapico, logopedico e psicomotorio senza alcuna valenza preventiva e curativa del rischio o del disturbo psicopatologico.

Ulteriori dati in questo senso andrebbero ricercati nella valutazione della spesa per la riabilitazione e per gli interventi effettuati sui minori istituzionalizzati per patologie gravi che raramente si prefiggono ed ottengono il recupero e la reale integrazione nel contesto sociale per cui appaiono piuttosto una sottile "manicomializzazione".

L'organizzazione dell'assistenza per la tutela della salute mentale in età evolutiva nella Regione Abruzzo.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 prevede, come adempimento prioritario, l'elaborazione di progetti obiettivi (nazionali e regionali) per la definizione di dettaglio degli obiettivi e delle linee di intervento in tema di salute mentale per la complessità e l'elevata problematicità propria del settore.

Per l'età evolutive è evidente la necessità di prevedere un modello organizzativo proprio e specifico in quanto appaiono differenti sia gli obiettivi ed i bisogni assistenziali che i servizi e le strutture necessarie a soddisfarli.

In pratica gli obiettivi di un progetto per la tutela della salute mentale del bambino e dell'adolescente dovrebbero essere indirizzati ad ampio raggio per:

- 1) Promozione della salute mentale (0-18 anni)
 - a) a livello familiare
 - eugenetica
 - consulenza prematrimoniale
 - miglioramento della comunicazione familiare
 - b) a livello scolastico
 - orientamento scolastico
 - favorire i normali processi di adattamento scolastico
 - c) a livello di tempo libero
 - miglior uso dei mezzi di comunicazione
 - incentivazione alle relazioni sociali in ambienti sportivi e ludici
 - promozione di iniziative culturali per la salute mentale in età evolutiva.
- 2) Individuazione precoce delle situazioni di disagio neuropsichico in generale con particolare attenzione alle popolazioni a rischio quali minori con handicap o disturbi neuropsichici oppure genitori con disturbi psichici o fisici o con situazioni socioeconomiche svantaggiate.

Per tale obiettivo deve essere prevista un'opera di maggior sensibilizzazione degli operatori sociosanitari e scolastici ai problemi della salute mentale in età evolutiva ed un maggior collegamento tra tutti i servizi per l'età evolutiva.

- 3) Riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso interventi terapeutici (socioassistenziali" riabilitativi e psicoterapeutici) atti all'attivazione delle risorse individuali del contesto ambientale, soprattutto ma non esclusivamente nella famiglia e nella scuola onde, prevenire le recidive, le complicanze, le cronicizzazioni, le patologie iatrogene da farmaci o da eccessi riabilitativi, i fenomeni regressivi dovuti ad isolamento sociale o ricoveri prolungati ed istituzionalizzazione.
- 4) Specifici interventi nel campo della prevenzione e del trattamento dei disturbi mentali in età adolescenziale ed in particolare nelle tossicodipendenze, disturbi del comportamento alimentare, disturbi della condotta e rischio suicidiario.
- 5) Specifici interventi nel campo della prevenzione e del trattamento delle situazioni di abuso e maltrattamento infantile.

Tali obiettivi possono essere conseguiti solo prevedendo una rete di servizi di NPI che seppure inseriti nell'ambito del DSM ed in collegamento con altri servizi (medicina scolastica, consultori familiari, pediatria di base ed ospedaliera, servizi di riabilitazione pubblici e privati, etc.) costituiscono a loro volta un'organizzazione autonoma a tipo dipartimentale in grado di fornire un insieme ben articolato di offerte preventive e diagnostico-terapeutiche atte a ridurre il ricorso ad ingenti spese sanitarie per il ricovero in strutture extraregionali.

Il modello organizzativo dipartimentale tipico del DSM è infatti il più idoneo a favorire l'integrazione degli interventi e la continuità terapeutica. esso comporta peraltro la necessità di assicurare un'adeguata infrastruttura di supporto amministrativo per i compiti gestionali propri della direzione del DSM a cui è affidata la responsabilità sia in ambito organizzativo sanitario che gestionale e di budget.

La rete dei servizi di neuropsichiatria infantile per la Regione Abruzzo deve prevedere:

- 1) Unità operative territoriali di NPI
- 2) Unità operative ospedaliere di NPI
- 3) Centri di riferimento regionali per patologie specifiche
- 4) Strutture semiresidenziali e residenziali per trattamenti a medio-lungo termine di adolescenti con patologie di particolare gravità.

Il personale previsto dovrà lavorare in équipe e possedere specifiche competenze per l'età evolutiva (neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, infermieri professionali, ausiliari di assistenza).

- 1) Le Unità Operative Territoriali di NPI in numero di 1 per ASL effettuano:
 - - prestazioni ambulatoriali per diagnosi neurologiche e psichiatriche che non richiedono ricovero,
 - - presa in carico precoce e globale di disabilità neuropsicomotorie
 - - presa in carico globale di problematiche psichiatriche
 - - collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'integrazione dei disabili (legge 104 e DPR 24/2/94),
 - - collaborazione con enti per l'inserimento lavorativo e sociale dei disabili
 - - collaborazione con l'amministrazione della giustizia (Tribunale dei minori, Giudice tutelare) nell'ambito delle problematiche dell'abuso e dell'affidamento ed adozione,
 - - programmazione di percorsi abilitativi e riabilitativi motori, psicomotori e logopedici in collaborazione con i servizi di riabilitazione pubblici e privati
 - - attivazione del monitoraggio e la rilevazione epidemiologica degli handicap e dei disturbi neuropsichici,

- - collaborazione con le famiglie e le associazioni per la più completa opera di informazione sociosanitaria per il recupero e l'integrazione sociali dei minori con problematiche neuropsichiche,
- - collaborazione con il Servizio Prevenzione Handicap Neuropsicosensoriali con Osservatorio Epidemiologico della Regione Abruzzo per l'invio dei dati informatizzati .

2) Unità operative ospedaliere di NPI

Le UOO-NPI devono garantire le indagini diagnostiche e le terapie dei casi complessi quando la degenza è indispensabile, favorendo quando possibile l'approccio in DH per ridurre il trauma psicologico dell'ospedalizzazione.

Ciò anche al fine di consentire al bambino di avere la massima opportunità di mantenere i rapporti con la famiglia intera, la scuola ed i coetanei.

La degenza ordinaria deve essere infatti prevista solo per patologie neurologiche che richiedono assistenza continuativa (stati di male epilettico, mielite e poliradicolite acuta, etc.) prevedendo posti letto in spazi adeguati nei reparti di pediatria. Inoltre vanno previste specifiche aree di ricovero nei reparti di psichiatria per le patologie psichiatriche adolescenziali e preadolescenziali (psicosi acute, gravi stati depressivi, anoressie gravi, etc.) che richiedono un'assistenza e una sorveglianza continuativa.

I locali di degenza devono essere in ogni caso distinti da quegli per gli adulti e consentire il ristoro, lo studio e la vita comunitaria in modo adeguato alle differenti età compresa quella adolescenziale.

Inoltre sono necessari locali adeguati per le attività ambulatoriali specialistiche, strumentali e psicodiagnostiche, ed alle attività riabilitative e psicoterapeutiche.

In linea di massima sono necessari 20 posti letto in DH in ambito regionale (5 per provincia) e 6 posti letto a tempo pieno (di cui 2 per le urgenze psichiatriche adolescenziali e 4 per le urgenze neuropediatiche) da collocare negli ospedali a valenza regionale (Pescara e L'Aquila).

3) Centri di riferimento per patologie specifiche che richiedono una diagnostica di particolare livello oppure un'attività terapeutica e riabilitativa di particolare complessità a livello ambulatoriale o di ricovero in DH o a tempo pieno possono essere attivati in ogni ASL con progetti finalizzati e personale proprio.

Oltre ai centri già previsti dal Piano Sanitario Regionale 1998-2000 a L'Aquila e Chieti rispettivamente per le psicosi infantili e per la psicopatologia adolescenziale potrebbero essere attivati centri per le epilessie infantili, per i disturbi di apprendimento, per le paralisi cerebrali infantili e per i disturbi psicosomatici dell'età evolutiva.

4) Strutture semiresidenziali e residenziali per trattamenti terapeutici-riabilitativi a medio e lungo termine tipo casa famiglia e centri diurni devono essere previsti in ogni ASL per il trattamento di gravi disturbi della relazione, comunicazione e socializzazione in preadolescenza ed adolescenza in stretto collegamento con la rete dei servizi del distretto sanitario e sotto la responsabilità sanitaria della UOT-NPI a cui è affidato il compito dei progetti terapeutici e della loro attuazione.

Ogni struttura non deve ospitare più di 10 utenti e deve essere differenziata per fascia di età (10-14, 15-18) e nel caso delle strutture residenziali anche per sesso.

Gli operatori previsti sono educatori o terapisti della riabilitazione psichiatrica.

Tutte le strutture previste devono fornire i dati epidemiologici clinici al Servizio Prevenzione Handicaps neuropsicosensoriali con Osservatorio Epidemiologico della Regione Abruzzo che provvederà alla gestione informatizzata dei dati ad alla elaborazione di adeguate strategie per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle patologie neuropsichiche dell'età evolutiva.

Finanziamento

Per l'attuazione del progetto per la tutela della salute mentale in età evolutiva e quindi per l'attività complessiva dei servizi destinati alla tutela della salute mentale del bambino e dell'adolescente deve essere destinato l'1% del fondo sanitario regionale.

Personale

Il personale destinato ai servizi per la tutela della salute mentale in età evolutiva è tendenzialmente di un operatore ogni 1500 abitanti della fascia 0-18 anni.

Allegato "A"

REGIONE ABRUZZO

PIANO SANITARIO

REGIONALE

Triennio

1999 - 2001

INDICE

- *Premessa* *Pag. 6*

Parte Prima I RIFERIMENTI	
- Lo scenario europeo: "Salute per tutti nel 2000" e la Carta di Lubiana	<i>Pag. 10</i>
- La popolazione abruzzese e le sue condizioni di salute	<i>Pag. 12</i>
- Gli aspetti demografici	<i>Pag. 12</i>
- I principali indicatori	<i>Pag. 13</i>
- I riferimenti normativi regionali	<i>Pag. 15</i>
- La legge regionale 24 dicembre 1996, n.146	<i>Pag. 15</i>
- Il P.S.R. 1994-1996: Verifica dell'attuazione e aggiornamento	<i>Pag. 17</i>
- Le schede di verifica dello stato di attuazione e aggiornamento del Piano Sanitario Regionale 1994-1996	<i>Pag. 19</i>

Parte Seconda GLI OBIETTIVI E LE REGOLE	
□ - LA FUNZIONE STRATEGICA DEL P.S.R.	<i>Pag. 48</i>
- I contenuti	<i>Pag. 48</i>
- Gli assetti istituzionali	<i>Pag. 50</i>
- Il governo dell'offerta complessiva (pubblica e privata) di servizi sanitari	<i>Pag. 52</i>
- I sistemi informativi del S.S.R.	<i>Pag. 53</i>
- Lo sviluppo ed il monitoraggio della qualità e le Carte dei servizi pubblici sanitari	<i>Pag. 54</i>
- Formazione e investimenti in tecnologie avanzate	<i>Pag. 56</i>
□ - GLI OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO REGIONALE	<i>Pag. 59</i>
- Le finalità	<i>Pag. 59</i>
- Gli obiettivi strategici	<i>Pag. 60</i>
- Integrazione socio-sanitaria	<i>Pag. 62</i>
□ - LA REGOLAZIONE DEL SISTEMA	<i>Pag. 63</i>
- La funzione di regolazione del sistema: soggetti e strumenti	<i>Pag. 63</i>
- Autorizzazioni e accreditamento delle strutture sanitarie ed appositi rapporti	<i>Pag. 64</i>
- Assistenza specialistica ambulatoriale	<i>Pag. 68</i>
- Innovazioni gestionali	<i>Pag. 70</i>
□ - L'AGENDA DEGLI ADEMPIMENTI	<i>Pag. 71</i>
- I tempi	<i>Pag. 71</i>

- Gli strumenti	Pag. 71
- Le risorse	Pag. 72
- Aggiornamento normativo	Pag. 72
- Valutazione e controlli	Pag. 72

Parte Terza
LE ATTIVITA' QUALIFICANTI

- L'Assessorato alla Sanità	Pag. 75
- L'Agenzia Sanitaria Regionale	Pag. 79
- La prevenzione	Pag. 83
- L'educazione alla salute	Pag. 114
- La rete dei servizi per l'emergenza	Pag. 119
- I distretti sanitari di base	Pag. 127
- La rete ospedaliera pubblica	Pag. 145
- L'ospedalità privata	Pag. 200
- Le residenze sanitarie assistenziali	Pag. 209
- L'attività di riabilitazione	Pag. 214
- La salute mentale	Pag. 222
- Prevenzione, cura e recupero delle tossicodipendenze e interventi in materia di alcooldipendenza e dipendenza dal tabagismo	Pag. 231
- La medicina legale	Pag. 235
- L'assistenza domiciliare integrata	Pag. 239
- Il servizio infermieristico	Pag. 240
- Il servizio sociale	Pag. 242

Parte Quarta
I SOGGETTI E GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE

- Gli Enti Locali	Pag. 244
- Le Università e le Facoltà di Medicina	Pag. 245
- Gli Enti e gli Istituti di ricerca	Pag. 247
- Ordine dei medici chirurghi odontoiatri	Pag. 248
- I Medici di medicina generale ed i medici pediatri di libera scelta	Pag. 248
- Il privato sociale e le organizzazioni di volontariato e no profit	Pag. 253

Parte Quinta
INDIRIZZI PROGRAMMATICI E PROGETTI OBIETTIVO

- Nuovi indirizzi programmatici	Pag. 256
- L'attività allergologica	Pag. 256
- La gastroenterologia	Pag. 258
- Le malattie dell'apparato respiratorio	Pag. 259
- Interventi per nefropatie	Pag. 261
- Il sistema trasfusionale ed il piano sangue	Pag. 263

- La terapia del dolore	Pag. 264
- Assistenza farmaceutica	Pag. 267
- L'Alzheimer	Pag. 268
- Progetti Obiettivo nuovi e aggiornati	Pag. 271
- Tutela della salute nei luoghi di lavoro	Pag. 273
- La sicurezza nelle strutture sanitarie	Pag. 276
- Potenziamento nelle strutture territoriali delle attività di educazione sanitaria per la prevenzione primaria	Pag. 277
- Umanizzazione della sanità	Pag. 279
- DSB - Potenziamento della medicina sul territorio	Pag. 283
- Prevenzione oncologica	Pag. 284
- Incremento quali-quantitativo delle prestazioni per mezzo della facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari con riduzione dei tempi di attesa	Pag. 285
- Prevenzione della salute del cavo orale	Pag. 287
- Promozione e tutela della salute della donna e dei soggetti in età evolutiva	Pag. 288
- Tutela della salute mentale	Pag. 293
- Tossicodipendenze, alcooldipendenza e tabagismo	Pag. 295
- Tutela della salute degli anziani e dei disabili	Pag. 297

Parte Sesta
IL SISTEMA DEI CONTROLLI E LA PROMOZIONE DI QUALITA'

- Il sistema dei controlli	Pag. 301
- Controlli di risultato	Pag. 301
- Controlli gestionali	Pag. 302
- Il sistema degli indicatori	Pag. 303
- L'audit e la promozione della qualità	Pag. 305

Parte Settima
LE RISORSE

- Disciplina del finanziamento, della gestione patrimoniale ed economico - finanziaria del Sistema Sanitario Regionale	Pag. 308
- Il programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria	Pag. 314

PREMESSA

UN PATTO DI SOLIDARIETÀ PER LA SALUTE DEGLI ABRUZZESI.

“La salute è un bene fondamentale per l'individuo e per la collettività.

Un sistema di servizi sanitari equo ed efficace è un determinante essenziale, anche se non escluso, per garantire la partecipazione alla vita sociale e l'espressione delle capacità individuali a tutti i cittadini, nel rispetto del principio di uguaglianza delle opportunità all'interno dell'intera collettività di cittadini”.

Le affermazioni di principio, che informano il Piano Sanitario Nazionale, sono state assunte interamente dal Piano Sanitario regionale e perché sono condivisibili e perché costituiscono i passaggi cardine del cambiamento.

Detto cambiamento è reso necessario da fattori endogeni al sistema sanitario (come l'innovazione tecnologica e lo sviluppo delle conoscenze scientifiche) e fattori esogeni (come la dinamica demografica, lo spopolamento di alcune realtà interne, il modificarsi della struttura sociale).

Accanto ad una maggiore efficienza del sistema, è indispensabile un ripensamento dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario nel suo insieme e la collaborazione dei diversi livelli di responsabilità, da quello nazionale, a quello regionale, a quello locale.

Il patto di solidarietà per la salute degli abruzzesi deve impegnare le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti come i cittadini, gli operatori sanitari, il volontariato, i produttori, profit e non profit, di beni e servizi, gli Organi e gli strumenti della comunicazione, le comunità locali.

Il patto con i cittadini abruzzesi:

– manutenzione di una più forte coscienza civile e assunzione di una diretta e consapevole responsabilità personale nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale, in termini di diritti e di doveri, con l'ausilio di tutti gli strumenti della partecipazione e della concertazione utili per una gestione territoriale della salute.

Il patto con gli operatori:

– valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali e umane degli operatori del servizio;
– umanizzazione del rapporto medico - paziente.

Il patto con gli altri settori di intervento:

– interventi che facilitino un coordinamento intersettoriale per promuovere strategie condivise utili per rimuovere quei determinanti non sanitari della salute (come fattori, economici, ambientali), che si pongono al di fuori delle possibilità di controllo individuale ed esulano in parte dalla sfera d'intervento del sistema dei servizi sanitari.

Il patto per la cooperazione con le istituzioni e con le comunità locali:

– condivisione degli obiettivi di salute da parte delle istituzioni e dalle comunità locali nell'ambito dell'esercizio delle funzioni che possono in qualche modo incidere sullo stato di salute della popolazione.

Il patto con il volontariato:

– ruolo attivo del volontariato tradizionalmente impegnato sia sul versante della umanizzazione del servizio, sia per le istanze etiche che pone, ruolo recuperato attraverso l'avvio dell'integrazione di alcuni ambiti con il piano sociale.

Il patto con gli erogatori del servizio sanitario:

– concorso nell'attuazione del progetto di tutela e promozione della salute dei pubblici poteri e del privato sociale e privato - privato e ridefinizione degli spazi in cui i diversi settori si sviluppano.

Il patto con il mondo della comunicazione:

– adozione di modelli di comportamento e di stili di vita attraverso la diffusione di informazioni e di conoscenze scientifiche, nel rispetto dell'obiettività e della completezza che le stesse comportano.

Il patto con la comunità nazionale e internazionale:

– la strategia sanitaria regionale deve trovare connessioni più efficaci con il livello nazionale, con i paesi europei e dell'area del Mediterraneo, sia in relazione all'intensità dei flussi migratori sia nei confronti dei paesi più in difficoltà.

In base a quanto detto il PSR 1999-2001 assume come idee forti i seguenti punti qualificanti:

- ⇒ accrescere l'autonoma capacità di scelta degli utenti;
- ⇒ favorire comportamenti e stili di vita per la salute;
- ⇒ promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari;
- ⇒ abbattere le disegualianze nei confronti della salute;
- ⇒ ridurre l'incidenza delle più importanti patologie;

- ⇒ rendere più vivibile la cronicità della malattia;
- ⇒ favorire percorsi che agevolino l'integrazione socio-sanitaria;
- ⇒ investire nella professionalità delle risorse umane e nella qualità del sistema;
- ⇒ rilanciare la ricerca attraverso le Università abruzzesi e gli Istituti di ricerca esistenti;
- ⇒ migliorare il contesto ambientale;
- ⇒ portare la sanità abruzzese in Europa.

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 come piano di regole e precisamente:

- ⇒ sanità come investimento e non come spesa;
- ⇒ rafforzamento del principio che ognuno di noi non paga la propria salute, ma la salute di tutti;
- ⇒ concentrazione di denaro nei servizi rivolti all'offerta della salute;
- ⇒ controllo sulla qualità del servizio;
- ⇒ monitoraggio dell'andamento della spesa e del servizio;
- ⇒ la formazione del personale;
- ⇒ la prevenzione come metodo.

Parte Prima
I RIFERIMENTI

LO SCENARIO EUROPEO "SALUTE PER TUTTI NEL 2000" E LA CARTA DI LUBIANA

Nell'ambito della Conferenza sulle Riforme Sanitarie in Europa dell'O.M.S. svoltasi a Lubiana dal 17 al 20 giugno 1996, i Ministri della Sanità degli Stati membri europei dell'O.M.S. si sono interrogati sul futuro dei sistemi sanitari dei loro Paesi, mettendo a confronto orientamenti e risultati. Il frutto di questa riflessione è contenuto nella "Carta di Lubiana" che indica i principi fondamentali cui devono ispirarsi le politiche del settore sanitario ed i criteri chiave che devono sovrintendere alla gestione delle riforme in atto.

Di conseguenza, anche in Italia il cambiamento del sistema sanitario, già avviato dal 1992, deve essere consolidato e sviluppato secondo i criteri indicati dalla Carta di Lubiana e qui di seguito sintetizzati.

- Sviluppare una politica globale della salute.

Le politiche della salute devono modellarsi sulle condizioni socio - economiche del Paese e procedere sulla base del più ampio consenso, coinvolgendo il maggior numero di attori sociali significativi anche nel monitoraggio e nella valutazione dei programmi di riforma. Valori come l'equità nella distribuzione delle risorse e nell'accesso ai servizi non sono incompatibili con quei meccanismi di mercato che, opportunamente regolati, possono garantire attraverso la competizione la qualità del servizio e l'uso appropriato delle risorse;

- Dare attenzione alle opinioni e alle scelte dei cittadini.

La definizione dei servizi ed i processi decisionali di gestione degli stessi devono tenere conto delle esigenze e delle aspettative manifestate dai cittadini. Il contenuto e la qualità dei servizi devono formare oggetto di informazione ampia, accurata e puntuale, nonché di valutazione da parte dell'utente;

- Ristrutturare l'offerta dei servizi sanitari.

Deve essere favorita l'assistenza familiare, la autocura e altre tipologie di assistenza informale, avvicinando alle istituzioni l'attività delle formazioni sociali. L'assistenza di base e territoriale, in una logica di garanzia dei servizi di emergenza e di integrazione territorio - ospedale, devono essere favorite anche mediante il trasferimento di risorse dall'area dell'assistenza ospedaliera;

- Promuovere la disponibilità di indicatori,

per la valutazione ed il miglioramento continuo della qualità, assicurando il prelievo e la restituzione dei dati dai sistemi gestionali routinari di base;

- Riorientare le risorse umane destinate all'assistenza sanitaria,

agendo in tutti i momenti formativi e introducendo appropriate forme di incentivazione per superare il dominio della cultura curativa e stimolare l'attenzione ai profili della qualità della assistenza, dei costi e dell'esito, della prevenzione e della promozione della salute;

- Migliorare la gestione,

immettendo nei sistemi organizzativi strumenti e tecniche di gestione ispirate ai principi dell'autonomia, della responsabilità, della negoziazione e della comunicazione. Favorire e sostenere i processi di riforma promuovendo l'osservazione sull'andamento dei processi e l'apprendimento attraverso lo scambio delle esperienze.

LA POPOLAZIONE ABRUZZESE E LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE

■ Gli aspetti demografici

La popolazione residente nella nostra regione al 31.12.1996 (ISTAT, luglio 1997) è di 1.273.665 ab. (Italia : 57.454.445 ab) , con un incremento di residenti rispetto all'anno precedente di 5.792 unità, pari allo 0,47 %, di fatto stazionario, segnato più da fenomeni di immigrazione che da incremento naturale della popolazione che, già nell'anno precedente, ha registrato un saldo naturale deficitario di 1424 unità.

La suddivisione tra le province al 31.12.1996 è la seguente :

L'AQUILA	TERAMO	PESCARA	CHIETI
304.393 ab.	287.518 ab.	292.584 ab.	389.171 ab

I dati disaggregati per territorio delle singole USL e riferiti al 31.12.1995, indicano questo profilo demografico :

	Avezzano	Chieti	Lanciano	L'Aquila	Pescara	Teramo	ABRUZZO
pop. Infantile (0 -13 anni)	30.719	26.898	31.598	14.593	43.051	44561	
pop. Adulta (14-64 anni)	133.824	118.898	143.012	67.806	202.856	195.371	
pop. Anziana oltre 64 anni	36.736	28.485	38.414	19.284	46.391	45.229	
popolazione totale	201.279	174.281	213.024	101.647	292.298	285.165	
Incidenza	15 %	15 %	15 %	14 %	15 %	16 %	
pop. Infantile							
Incidenza	16 %	16 %	18 %	19 %	16 %	16 %	
pop. Anziana							

I nuovi nati nella regione nel 1996 sono stati 11.492, mentre i nati morti sono stati 43), così distribuiti:

	nati vivi	nati morti	nati totali
L'AQUILA	2.616	9	2.625
TERAMO	2.745	12	2.757
PESCARA	2.664	10	2.674
CHIETI	3.424	12	3.436
ABRUZZO	11.449	43	11.492

(ISTAT. bollettino luglio 1997)

Il quoziente di natalità, pari a 8,98 nati vivi per mille abitanti, risulta sensibilmente più basso di quello nazionale (9,4 nati vivi per 1000 abitanti).

Questi dati, appena accennati, delineano una popolazione regionale in cui l'incidenza percentuale della popolazione ultrasessantacinquenne è ormai pari a quella al di sotto dei 14 anni ed in alcune USL anche superiore; inoltre, nell'ambito della popolazione anziana, gli ultra ottantenni (dati al 31.12.1995) sono in regione 47.258. Questi nostri concittadini, destinati ad aumentare nei prossimi decenni, pongono una domanda di assistenza sempre più massiccia, e non solo sul piano sanitario.

■ I principali indicatori

Per conoscere lo stato di salute della popolazione abruzzese e, in buona misura, il grado di efficienza dei nostri servizi sanitari, riferiamo qui di seguito i dati di mortalità per alcuni grandi gruppi di cause (ISTAT, 1994), riferiti a 10.000 residenti:

Grandi gruppi di cause	L'AQUILA	CHIETI	PESCARA	TERAMO	ABRUZZO
App. circolatorio	45,50	46,71	46,27	44,58	46,82
Tumori	24,08	21,91	25,63	24,03	23,87
App. respiratorio	7,19	6,39	7,41	6,64	6,91
App. digerente	6,01	5,83	5,22	5,00	5,57
Dist. Psichia. e Sist. Nervoso	0,72	1,85	1,77	0,90	1,35

Tali dati evidenziano, nel confronto con i dati nazionali, le seguenti variazioni:

- modesto aumento della mortalità per malattie del sistema circolatorio;
- modesta riduzione per quella da tumori, globalmente considerati;
- sostanziale sovrapposizione per le altre grandi cause di mortalità.

Va ancora segnalato che nel periodo considerato 1980 - 1993, la mortalità per tutte le età e per tutte le cause, ha segnato nella nostra regione un decremento del 26,1 % per gli uomini e del 31,47 % per le donne, a fronte di un decremento nazionale del 17,51 % per gli uomini e del 30,78 % per le donne.

Per quanto attiene la salute materna e infantile, dobbiamo sottolineare l'azzeramento al 1994 della mortalità materna per gravidanza e per parto e la riduzione delle cause di mortalità infantile nel modo seguente :

MORTALITA'	ABRUZZO 1996	ABRUZZO 1991	ITALIA 1993
Perinatale (per 1000 nati)	5,39	11	8,8
Nati mortalità (per 1000 nati)	3,74	4,7	4,7
Infantile (per 1000 nati vivi)	7,35	8,9	7,1

In questo ambito, la mortalità per malformazioni congenite registra un'incidenza del 50 % su tutte le cause di mortalità perinatale.

Tuttavia, tra le grandi cause di morbosità e di mortalità della regione, vanno segnalate quelle riguardanti le cause da lavoro.

Nel panorama nazionale, gli indici di frequenza (*) degli infortuni avvenuti nei settori dell'agricoltura e dell'industria (definiti con indennizzo al 31 dicembre dell'anno successivo) sono i seguenti:

Settori lavorativi	Conseguenze	1992	1992	1993	1993	1994	1994	1995	1995
		Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia
Agricoltura	Temporanea	142,79	60,77	101,97	50,94	57,35	39,27	63,03	57,11
	Permanente	7,99	4,58	4,77	3,53	2,97	2,59	3,50	2,49
	Morte	0,18	0,11	0,11	0,09	0,07	0,05	0,05	0,06
	Totali	150,96	65,46	106,85	54,56	60,39	41,91	66,58	39,66
Industria	Temporanea	39,74	28,47	36,34	26,11	32,88	24,74	29,60	23,00
	Permanente	1,65	1,25	1,76	1,21	1,41	1,08	1,43	1,00
	Morte	0,08	0,04	0,08	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04
	Totali	41,47	29,76	38,18	27,36	34,33	25,36	31,08	24,04

fonte : INAIL

(*) Indici di frequenza per 1.000.000 di lavoratori.

I RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI**LA LEGGE REGIONALE 24 DICEMBRE 1996, N.146**

A livello regionale, dopo il primo Piano Sanitario Regionale '94-'96, la Legge Regionale 24.12.1996, n. 146 "Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale" va oltre la definizione delle norme di contabilità, pur richieste dal legislatore nazionale, per riaffermare in modo puntuale gli indirizzi della programmazione regionale.

La Legge regionale in questione focalizza l'attenzione di tutti gli attori coinvolti nel processo di programmazione e di gestione degli interventi sanitari sulla necessità di adottare, prima ancora dei bilanci di previsione, "piani strategici" in grado di finalizzare programmi e progetti sulla base dell'analisi dei bisogni sanitari della popolazione, sulla pianificazione delle risorse finanziarie e sulla messa in atto di adeguati strumenti di controllo in grado di monitorizzare i risultati raggiunti in termini di offerta di servizi e di risultati di gestione.

La legge 146/1996 riprende e definisce le competenze della Regione soprattutto in ordine ai livelli essenziali di assistenza da assicurare alla popolazione regionale e da controllare nel loro raggiungimento, delle Aziende Sanitarie che assumono piena responsabilità in ordine alle decisioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi.

Anche per questa esigenza viene ad essere superata la distinzione tra fondi in conto corrente, fondi finalizzati, quote in conto capitale ed altri finanziamenti trasferiti alle Aziende a favore di un bilancio economico che in modo efficace consente all'Azienda di perseguire i propri programmi utilizzando le risorse finanziarie complessive di cui dispone, nei limiti dei vincoli definiti dalla normativa nazionale e regionale. L'entità di questo trasferimento, a regime, è determinato in misura non inferiore all'80 % del Fondo Sanitario Regionale.

Per favorire l'attuazione degli interventi di competenza della Regione, la Giunta Regionale destina una quota del fondo sanitario regionale per finanziare i progetti - obiettivo e le azioni programmate, eventuali altri interventi per raggiungere obiettivi specifici tra i quali l'attività di ricerca finalizzata nell'ambito dei Presidi e le azioni volte alla correzione di eventuali squilibri territoriali.

Assume poi particolare rilievo l'adozione del sistema di budget per favorire il decentramento delle responsabilità e la valorizzazione dell'autonomia organizzativa e gestionale dei presidi ospedalieri e di ogni altra articolazione organizzativa di pari livello, anche di tipo territoriale, quali distretti sanitari di base o aree di integrazione socio-sanitaria.

La Legge disciplina altresì i contratti e le forniture, le modalità per il ricorso alla trattativa privata, gli acquisti in economia, la possibilità per le Aziende di associarsi

per l'acquisto di beni e servizi e istituisce l'Osservatorio regionale sui prezzi e sulle tecnologie.

Nella programmazione nazionale si sottolinea il concetto della "salute come risorsa strategica" per lo sviluppo della collettività. Le politiche sanitarie non sono mere politiche di spesa senza ritorno, ma politiche di *investimento sociale*, tanto più indispensabili alla crescita economica del Paese quanto più avanzato ed europeo deve essere il suo impianto produttivo. La strategia sanitaria è finalizzata a dare piena attuazione ai valori e alle finalità del Servizio Sanitario Nazionale inteso quale sistema di garanzia della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

All'interno di questa solida linea di continuità nella "missione", il sistema sanitario italiano è da anni impegnato in un coraggioso programma di razionalizzazione organizzativa e gestionale, fondato sui principi di :

- affermazione di una logica generale di programmazione basata sull'analisi del bisogno, sull'appropriatezza della domanda, sull'adeguatezza e l'integrazione dell'offerta e sulla valutazione degli effetti complessivi;
- decentramento e autonomia delle strutture di gestione;
- responsabilizzazione sui risultati di efficacia, efficienza e qualità;
- definizione di un nuovo rapporto con i cittadini e la comunità.

Indirizzo generale e strategico è quello di completare, consolidare e sviluppare il processo di razionalizzazione in atto, allo scopo di perseguire i seguenti **obiettivi** che costituiscono le **sfide prioritarie** per il prossimo triennio:

- 1. CONFERMARE E GARANTIRE I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA;**
- 2. CONTRASTARE LE PATOLOGIE IMPORTANTI;**
- 3. IMPEDIRE L'ESCLUSIONE DEI SOGGETTI DEBOLI ED A RISCHIO;**
- 4. GARANTIRE LA QUALITÀ DEL SERVIZIO;**
- 5. COMPLETARE LA TRASFORMAZIONE GESTIONALE DEL SISTEMA.**

In questo impianto assume un rilievo fondamentale la disponibilità di **indicatori** che consentono di valutare l'andamento del servizio ed i risultati prodotti.

Superare la carenza applicativa degli indicatori costituisce una priorità nell'ambito dell'obiettivo fondamentale di completamento della trasformazione gestionale del SSN, raggiungibile solo con il concorso fattivo e convinto di tutti i soggetti coinvolti.

Pertanto, nell'adozione degli obiettivi da conseguire, vanno definiti i **traguardi** ed i **risultati attesi**, sotto forma di grandezze standard di fenomeni ritenuti significativi ed il cui andamento è misurabile mediante appositi indicatori.

IL PIANO SANITARIO REGIONALE 1994 -1996 VERIFICA DELLO STATO DI ATTUAZIONE E AGGIORNAMENTO

Generalità

Le caratteristiche sostanziali del PSR 1994 - 1996 possono essere individuate nella funzione ad esso assegnata:

- - razionalizzazione del quadro sanitario regionale abruzzese
- - avvio della fase di regolazione del sistema attraverso l'istituto del metodo della programmazione.

Il PSR 1994 - 1996 con tali caratteristiche organizza l'impianto di riferimento complessivo della nuova struttura del sistema sulla base delle indicazioni dei decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 e avvia ed indica il processo ed il percorso possibile per il conseguimento degli obiettivi posti dalla riforma.

Il progetto di riforma delineato, come è noto, fu condizionato dalle seguenti circostanze esistenti all'epoca di formazione del piano:

- - incertezza del quadro, normativo, organizzativo e finanziario
- - carenza dei documenti di programmazione
- - mancanza di tutte le informazioni necessarie per governare adeguatamente le scelte

Gli obiettivi strutturali posti dal PSR 1994 -1996, che di fatto riguardano il riassetto organizzativo del SSR secondo i criteri fissati dalla richiamata normativa, possono essere schematizzati nei seguenti:

- riassetto territoriale degli enti di gestione (USL)
- articolazione del territorio in Distretti Sanitari di Base
- prima riorganizzazione della rete ospedaliera
- governo e controllo della spesa sanitaria
- avvio del processo di aziendalizzazione.

Per il conseguimento di tali obiettivi strutturali il PSR 1994 -1996 pone come opzioni strategiche di tipo strumentale e funzionale la:

- riorganizzazione del Settore Sanità della Giunta regionale
- istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale
- informatizzazione del sistema del SSR.

Al termine del triennio 1994 - 1996 gli obiettivi riferiti al riassetto organizzativo del SSR sono stati sostanzialmente conseguiti. Ciò ha determinato il nuovo assetto del sistema nei suoi profili ordinamentali.

Per quanto attiene alla prima riorganizzazione della rete ospedaliera è stato operato un deciso intervento nella direzione di raggiungere l'obiettivo del 5,5 p.l. per

1000 ab. nonché la riqualificazione della stessa rete attraverso una più adeguata distribuzione delle specialità e dei relativi posti letto.

Di converso si devono registrare ritardi in ordine al conseguimento degli obiettivi strumentali prefigurati dal P.S.R. 1994 - 1996 ed in particolare per ciò che attiene la riorganizzazione del Settore Sanità a causa della mancata assegnazione delle risorse umane e strumentali necessarie.

Schematizzato l'impianto strutturale del PSR 1994 - 1996 ed analizzato lo stato di attuazione delle sue linee fondamentali si procede alla verifica e all'aggiornamento dello stesso attraverso un metodo che consenta per un verso di garantire comunque la continuità del processo di riforma progettato dal primo PSR, e allo stato dei fatti ancora valido, e per l'altro di ricalibrare gli obiettivi in base alle necessità **di tipo operativo** senza per questo pregiudicare le nuove scelte che il PSR 1999 - 2001 propone in relazione al nuovo quadro di riferimento.

La verifica ed il conseguente aggiornamento ha riguardato tutti gli argomenti indicati dal PSR 1994 - 1996.

E' di tutta evidenza che il metodo utilizzato tenta di porre in risalto la cosiddetta cultura del risultato, cioè con tale metodo si vuole conseguire il superamento della logica del soddisfacimento dell'adempimento attuativo del Piano in quanto tale, e privilegiare invece quella di poter valutare quali sono i risultati prodotti da un'azione, sia in fase di impostazione che a conclusione della stessa.

Indubbiamente sarebbe stato interessante in questa fase poter procedere anche ad una attenta analisi delle caratteristiche dei risultati conseguiti (anche sotto il profilo dei costi - benefici) dal PSR 1994 - 1996 ma per le ragioni di cui alle circostanze che hanno condizionato la formazione del piano e prima indicate e, soprattutto, dato che non erano stati fissati dei traguardi e relativi indicatori di misurazione, questo non è scientificamente possibile.

**LE SCHEDE DI
VERIFICA DELLO STATO DI ATTUAZIONE E AGGIORNAMENTO
DEL PSR 1994 - 1996**

Scheda n.2.1.

■ **Ambito d'intervento:**

2. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

■ **Tematica:**

2.- *La rideterminazione della rete ospedaliera*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

● Rideterminazione dei posti letto tesa al raggiungimento del 5,5 per 1000 abitanti.

▲ **Risultati conseguiti:**

Con deliberazione di Giunta regionale n.2260 del 19.6.1996 si è provveduto, in attuazione di quanto previsto dal PSR 94/96, ad una prima rideterminazione della rete ospedaliera regionale.

Con successiva deliberazione n.5007 del 27.12.1996, in coerenza con le disposizioni del P.S.R. ha adottato un " Atto programmatico di ristrutturazione della rete ospedaliera, in attuazione dell'art.1 D.L. 17.5.1996, n.280, convertito con la legge 18.7.1996, n.382", prevedendo l'utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75% in media annua ed adottando lo standard di dotazione media di 5,5 posti letto per 1000 abitanti, di cui l'un per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie, con un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille.

La G.R. ha stabilito, altresì, di completare la ristrutturazione della rete ospedaliera entro il 31.12.1999 impartendo alle Aziende U.S.L. precise indicazioni in tal senso.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

(vedi Capitolo - "La rete ospedaliera pubblica").

Scheda n.2.2.

■ **Ambito d'intervento:**

2. - INDIRIZZI DI ORGANZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

■ **Tematica:**

2.3. - I Distretti Sanitari di Base

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Attivazione sul territorio regionale in Distretti Sanitari di Base

▲ **Risultati conseguiti:**

La Regione attraverso il programma straordinario di cui all'art.20 della legge 67/1988 ha provveduto al finanziamento di n. 48 D.S.B. sia per la costruzione che per la dotazione delle relative attrezzature.

Le USL ove possibile hanno già attivato gran parte dei DSB; nel contempo, stante l'importanza di attivare sul territorio i servizi di base per avviare con immediatezza gli interventi volti principalmente alla prevenzione, hanno proceduto alla attivazione di sedi anche provvisorie nei Comuni individuati come sede di distretto.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

(vedi Capitolo - "Distretti Sanitari di Base").

Scheda n.2.3

■ **Ambito d'intervento:**

2. - INDIRIZZI DI ORGANZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

■ **Tematica:**

2.4.- La prevenzione sanitaria e la protezione ambientale

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Istituzione dell'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (A.R.T.A.),
- Istituzione dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL

▲ **Risultati conseguiti:**

■ Approvazione legge regionale concernente l'istituzione dell'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (A.R.T.A.).

■ Istituzione nelle Aziende U.S.L. dei Dipartimenti di Prevenzione di cui all'art.7 del D.L.vo 30. Dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni ed integrazioni.

- **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**
(Vedi capitolo "Attività di prevenzione")

Scheda n. 2.4.

- **Ambito d'intervento:**

2. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

- **Tematica:**

2.5. - *Le residenze sanitarie assistenziali*

- **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Integrazione delle RSA con la rete dei servizi di 1° livello
- Soddisfare il fabbisogno di posti - letto entro un massimo di 4.000 pp.II.

- ▲ **Risultati conseguiti:**

La Giunta regionale, con la deliberazione n.1175 del 12.4.1996 concernente le "Norme di attuazione del PSR 1994/1996 in materia di residenze sanitarie assistenziali" ha:

- recepito le linee guida sulle RSA predisposte dal Ministero;
- approvato le "Prime disposizione attuative delle RSA";
- assunto, in attesa dell'emanazione dell'atto di indirizzo previsto dall'art.8, comma 4, del D.L.vo 502/92, come documento immediatamente valido per la definizione dei requisiti minimi ai fini dell'attivazione delle RSA nella regione Abruzzo, lo schema di atto trasmesso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 14.11.1994, prot.2014/94/D.121.14, con l'obbligo di adeguamento alle disposizioni che saranno emanate in applicazione della suddetta normativa;

- dato prima applicazione anche alle disposizioni contenute nel D.P.C.M. 22.12.1989;

- precisato, infine, che le disposizioni emanate sono a carattere sperimentale e saranno adeguate a seguito di un primo periodo di applicazione.

Con successiva Deliberazione di G.R. n. 312 del 12.2.1997, sono state fissate le tariffe da corrispondere per i soggiorni in R.S.A.

Per quanto attiene al soddisfacimento del fabbisogno di posti letto nella misura così come prefigurata dal Piano, la Regione, attraverso il programma straordinario d'intervento in edilizia sanitaria di cui all'art.20 della legge 67/88, ha posto in essere una poderosa manovra di realizzazione di complessivi 1396 posti letto pubblici.

E' realistico prevedere entro il triennio del nuovo Piano sanitario la presenza operativa sul territorio delle summenzionate strutture attivate e funzionanti dal

momento che si sta provvedendo alla apertura dei cantieri per la quasi totalità delle stesse.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

(Vedi capitolo: "Le Residenze Sanitarie Assistenziali");

(Vedi scheda n.5.1.).

Scheda n. 2.5

■ **Ambito d'intervento:**

2. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

■ **Tematica:**

2.1. - *Il governo del sistema sanitario regionale: il Settore sanità, igiene e sicurezza sociale della Giunta regionale e l'Osservatorio Epidemiologico*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- 1 ● Fissazione dei modelli organizzativi dei servizi sanitari
- 2 ● Fissazione dei criteri per la ripartizione delle risorse economiche
- 3 ● Predisposizione dei controlli di efficacia e di efficienza sulle USL.
- 4 ● Istituzione di sei Unità Sanitarie Locali
- 5 ● Organizzazione della rete degli ospedali - presidio
- 6 ● Articolazione del territorio in Distretti Sanitari di Base
- 7 ● Definizione piante organiche USL

▲ **Risultati conseguiti:**

1 - L'adempimento previsto dal Piano è stato conseguito.

2 - 3 - Gli obiettivi di cui ai presenti punti sono stati conseguiti attraverso la L.R. 24.12.1996, n.146 concernente "Norme in materia di contabilità, gestione e controllo delle aziende del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione del Decreto Legislativo 30.12.1992, n.502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria -, così come modificato dal Decreto Legislativo 7.12.1993, n.517.

4 - 5 - 6- Gli obiettivi sono stati sostanzialmente conseguiti. Il presente Piano prosegue e completa il percorso tracciato dal primo piano.

7 - Tutte le USL hanno provveduto all'adozione delle nuove piante organiche a seguito della rilevazione dei carichi di lavoro. Per la rilevazione dei suddetti carichi è stata adottata una metodologia unica individuata a livello regionale. La Regione ha svolto un costante ruolo di coordinamento ed indirizzo in ordine alla suddetta rilevazione.

Al fine della eliminazione di eventuale esubero di personale nell'ambito delle Unità Sanitarie Locali, i Direttori Generali dovranno comunicare al Settore Sanità,

l'elenco dei dipendenti interessati distinto per posizione funzionale, profilo professionale e disciplina.

A cura del Settore Sanità sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione l'elenco dei posti di pari posizione funzionale, profilo e disciplina, vacanti nell'ambito delle singole Aziende U.S.L. in modo che il personale, appartenente ai profili in esubero, possa produrre apposita richiesta di mobilità, indirizzata alla Regione Abruzzo - Settore Sanità, con l'indicazione della U.S.L. presso cui intende trasferirsi.

Nel caso in cui per lo stesso posto vacante dovessero essere presentate più domande di mobilità, la Regione provvederà alla relativa assegnazione secondo apposita graduatoria formulata sulla base dell'anzianità di servizio, di ruolo e non di ruolo nell'ambito della stessa qualifica funzionale, profilo funzionale e disciplina, posseduta dagli aspiranti. A parità di anzianità di servizio sarà data la precedenza al dipendente più anziano di età.

Per il personale dichiarato in esubero che non produca istanza di mobilità volontaria, provvederà la Giunta Regionale ad applicare la mobilità d'ufficio con assegnazione di un posto di pari posizione funzionale, profilo e disciplina vacante nell'ambito delle U.S.L. della Regione ovvero di diversa disciplina qualora il dipendente dichiarato in esubero sia in possesso della relativa specializzazione.

Il personale che non trova allocazione nei posti vacanti in ambito Regionale o non ottemperi al trasferimento d'ufficio disposto dalla Regione, è collocato in disponibilità ai sensi del titolo VI, capo II del Testo Unico approvato con D.P.R. 10 gennaio 1957 nr. 3 così come previsto dall'art. 34 del decreto legislativo nr. 29 del 3 febbraio 1993 e successive modifiche ed integrazioni.

Fino a quando non sarà completata la procedura di mobilità del personale in esubero, i direttori generali non possono bandire i concorsi per la copertura dei corrispondenti posti vacanti nelle proprie piante organiche.

Fermo restando la mobilità per il personale in esubero, è sempre consentita la mobilità dei singoli dipendenti secondo le procedure previste dai C.C.N.L. ed il nullaosta regionale previsto per la mobilità interregionale del personale del Comparto Sanità è sostituito dalla comunicazione dell'avvenuto trasferimento alla Regione, a cui sono tenute le aziende U.S.L. . In conseguenza di tale ultima disposizione l'Unità Operativa "Mobilità" dell'Ufficio "Formazione e Mobilità" del Settore Sanità, in aggiunta alle competenze proprie residue, collaborerà nell'espletamento degli adempimenti connessi con la organizzazione dei corsi di formazione.

I provvedimenti di riammissione in servizio dei dipendenti delle U.S.L. di cui all'art. 41 della Legge Regionale 3 settembre 1984, n. 62, sono adottati dal Direttore Generale delle U.S.L. Analogamente sono adottati dal Direttore Generale della USL i provvedimenti di comando di cui all'art. 44, 1° comma, del DPR 761/79.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

Relativamente agli obiettivi posti dal primo Piano, l'impegno più consistente del presente Piano è rivolto verso una più puntuale definizione delle attività di programmazione, monitoraggio, controllo degli interventi e acquisizione e gestione delle informazioni.

A tal fine è necessario, in via prioritaria, procedere alla riorganizzazione del Settore Sanità e alla istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Il risultato di maggiore rilievo che si intende conseguire è quello di assumere la programmazione come metodo di governo della sanità, a tutti i livelli.

Scheda n. 3.1.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.1. - *Le attività di urgenza e di emergenza sanitaria*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 -1996:**

- Attivazione del numero unico telefonico nazionale 118

▲ **Risultati conseguiti:**

Il Servizio di Urgenza ed Emergenza Sanitaria facente capo al numero telefonico "118" è stato attivato su tutto il territorio regionale in data 20 novembre 1995.

Il servizio "118" è basato su un'organizzazione complessa e delicata. L'architettura globale è costituita da: la Centrale operativa, il sistema di radiocollegamenti, il sistema informatico, l'organizzazione e la dislocazione dei mezzi di soccorso sul territorio, le convenzioni con gli enti e le associazioni di volontariato, informazione alla popolazione.

Nel corso del 1996 sono stati effettuati 34.574 interventi di soccorso nel 1997 n. 40650 e nel 1998 n. 46629 con in aumento del 34% rispetto al 1996.

A partire dal 18.3.1998 è stato attivato il servizio di elisoccorso

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

- Attivazione Dipartimenti di emergenza;
- Informatizzazione centrali operative;
- Potenziamento e qualificazione del personale infermieristico delle Unità Operative periferiche.

Scheda n. 3.2.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.2. - *La medicina di base*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 -1996:**

- Potenziamento dei servizi territoriali
- Assistenza sanitaria di base e correlativa attività
- Razionalizzazione del servizio di guardia medica
- Ottimizzare i servizi di medicina

▲ **Risultati conseguiti:**

- Linee-guida sull'attuazione A.D.I.;
- Linee-guida sull'aggiornamento dei medici di base

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

- Maggiore responsabilità del medico come “generatore” della spesa (farmaci, esami diagnostici, visite specialistiche, ricoveri. ecc. ...) e controllo delle prescrizioni nel rispetto delle linee guida stabilite dalle società scientifiche di riferimento.
- Attivazione del servizio A.D.I. in ogni Distretto Sanitario di Base.
- Informatizzazione e collegamento in rete dei medici di medicina generale convenzionati con le AA.LL.SS. e le altre strutture del S.S.N..
- Attuazione della verifica della qualità delle prestazioni.

Scheda n. 3.2 bis

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.2.bis La medicina dei servizi

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 -1996:**

Favorire l'impegno a tempo pieno del personale in aree omogenee di attività.
Assorbire detti sanitari nei servizi di appartenenza con pari dignità operativa rispetto ai medici dipendenti.
Consolidare l'esistente a costo zero.

▲ **Risultati conseguiti:**

Il tempo pieno è stato raggiunto in tutte le AUSL ad eccezione di quella di Chieti dove i sanitari hanno un incarico di 24 ore settimanali.
Sono state individuate le aree che per il miglioramento del servizio l'instaurazione di un rapporto di pubblico impiego.

Scheda n. 3.3.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.3. - *Il riordino dell'assistenza specialistica ambulatoriale*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 -1996:**

- Assicurare i livelli essenziali di assistenza sanitaria
- Definire la tipologia delle prestazioni e dotazione delle attrezzature
- Ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di assistenza
- Organizzare il sistema informativo su base individuale
- Determinazione delle nuove tariffe

▲ **Risultati conseguiti:**

Attivazione delle procedure per la definizione delle tariffe

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

- ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prenotazioni di assistenza specialistica;
- determinare le nuove tariffe da applicare nel proprio ambito territoriale per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dall'art. 8 del D.L.vo 502/92 fondati sul criterio dell'accreditamento delle strutture.

Scheda n. 3.4.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.4. - *La nuova disciplina dell'attività degli stabilimenti di fisiokinesiterapia e terapia fisica, dei laboratori di analisi, dei laboratori di diagnostica, di medicina nucleare e dei poliambulatori*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

Stabilimenti di fisiokinesiterapia e terapia fisica:

- attivazione procedure previste dal P.S.R per il rilascio delle autorizzazioni;

Laboratori di analisi:

- realizzazione tra le strutture pubbliche e private di un'organizzazione funzionalmente integrata;

- Fissazione dei requisiti strutturali e di personale dei laboratori;

Laboratori di diagnostica per immagini:

- attivazione procedure previste dal P.S.R per il rilascio delle autorizzazioni;
Laboratori di medicina Nucleare
- attivazione procedure previste dal P.S.R per il rilascio delle autorizzazioni;
Poliambulatori
- attivazione procedure previste dal P.S.R per il rilascio delle autorizzazioni;

▲ Risultati conseguiti:

La Regione ha proceduto al recepimento dell'atto d'indirizzo e coordinamento di cui al D.P.R. 14.1.1997, che ai fini dell'autorizzazione delle strutture di cui sopra, fissa, ai sensi dell'art.8 comma 4° del D.L.vo. 502/1992 e successive modificazioni, i requisiti minimi.

Sono state attivate le procedure previste dal PSR per il rilascio delle autorizzazione relative alle suddette strutture.

● Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:

Nel triennio di validità del Piano si provvederà, in via generale, a definire gli ulteriori requisiti che daranno luogo all'accreditamento delle strutture. (Vedi Cap. Regolazione del sistema)

Scheda n. 3.5.

■ Ambito d'intervento:

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ Tematica:

3.5. - *L'assistenza farmaceutica*

● Obiettivi previsti dal PSR 1994 -1996:

- Miglioramento delle prestazioni e contenimento della spesa farmaceutica

▲ Risultati conseguiti:

- Attraverso i centri di lettura ottica Siemens il consumo farmaceutico è costantemente monitorato ai fini del contenimento della spesa farmaceutica.
- ai fini dell'istituzione dell'Osservatorio Farmacologico Regionale, si è stipulata apposita convenzione con il Consorzio Mario Negri Sud per l'attivazione dello stesso;
- Sono state emanate direttive alle Aziende U.S.L., alle farmacie convenzionate ed alle case di cura private convenzionate sulla base delle normative CEE sulla farmacovigilanza sulle reazioni avverse da farmaci;
- Sono in corso di elaborazione protocolli d'intesa con le organizzazioni sindacali mediche e l'associazione titolari di farmacia, per stabilire criteri di erogazione dei

farmaci in regime di day hospital o ospedalizzazione domiciliare e per le modalità di prescrizione di farmaci con nota CUF;

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

- a) razionalizzare le risorse destinate all'assistenza farmaceutica mediante l'elaborazione di progetti - pilota di adozione di budget per i singoli medici convenzionati e per i centri di costo individuati all'interno dei presidi ospedalieri, ambulatoriali e distrettuali;
- b) monitorare l'andamento delle prescrizioni e della spesa farmaceutica al fine di individuare eventuali distorsioni dalla media nazionale ed adottare i conseguenti interventi correttivi;
- c) predisporre piani di vigilanza e di formazione professionale sull'uso ed il consumo dei farmaci ad uso veterinario e sui fitosanitari;
- d) utilizzare la rete delle farmacie convenzionate per l'attività di informazione ai cittadini sui servizi sanitari garantiti a livello locale e sulle modalità di accesso, nonché per la prenotazione, con mezzi tele-informatici, di prestazioni specialistiche e diagnostiche in collegamento con i CUP.
- e) attivazione servizi di ortodonzia e protesi nelle strutture pubbliche.

Scheda n. 3.6.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.6. - *Il servizio infermieristico e di coordinamento ostetrico. L'assistente sanitario.*

● **Obiettivi previsti:**

- Istituzione del servizio infermieristico

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

(Vedi nel Cap. "Il servizio infermieristico")

Scheda n. 3.7.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.7. - *La disciplina della riabilitazione*

● Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:

- Accreditamento provvisorio strutture riabilitative;
- Sperimentazione gestionale pubblico-privato,
- Dislocazione posti-letto di medicina riabilitativa.

▲ Risultati conseguiti:

- Adozione dei provvedimenti in ordine alla introduzione del sistema di accreditamento provvisorio delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di assistenza sanitaria residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare in materia di riabilitazione extraospedaliera di cui all'art. 26 della Legge n. 833/78;
- Istituzione della Commissione Permanente di Verifica e Monitoraggio con funzioni propositive in merito a:
 - a) livelli essenziali di assistenza riabilitativa sul territorio regionale;
 - b) protocolli terapeutici riabilitativi;
 - c) riordino leggi regionali correlato alle evoluzioni normative in materia riabilitativa;
 - d) verifica ed atti conseguenti alla instaurazione del sistema di accreditamento provvisorio delle strutture (proposizione degli standards di qualità che costituiscono i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO definitivo).
- Attivazione delle procedure, tramite le Aziende U.S.L. territorialmente competenti, finalizzate alla sperimentazione gestionale pubblico-privato (P.S.R. cap. 3 - par. 3.7) per la riattivazione del Centro Iperbarico Polivalente di San Atto (TE) e per le prestazioni attivabili presso il presidio ospedaliero per la riabilitazione di San Valentino (PE).

● Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:

- Riassetto territoriale Centri di Riabilitazione e relativa classificazione in ambito regionale e garanzia dei livelli essenziali di assistenza;
- definizione linee-guida regionali sulle attività di riabilitazione extraospedaliera e sulle modalità di prescrizione, autorizzazione e controllo delle prestazioni di riabilitazione, con la previsione che i professionisti sanitari della riabilitazione, in base a quanto previsto dal Decreto 14.9.1994,n.741, elaborino il piano di trattamento, procedano alla sua verifica, alla proposizione di protesi ed ortesi ;
- attuazione sperimentazioni gestionali pubblico-privato;
- attivazione del Centro Iperbarico Polivalente di San Atto (TE);
- attività di verifica delle prescrizioni e degli standards di qualità.

Scheda n. 3.8.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.8. - *L'intervento per i nefropatici cronici*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Prevenzione delle nefropatie
- Adeguamento, riorganizzazione e potenziamento delle strutture di dialisi
- Programma degli interventi finalizzati al trapianto renale

▲ **Risultati conseguiti:**

Con apposite Leggi Regionali sono state rifinanziate le provvidenze in favore dei nefropatici cronici.

Con la L.R. n. 89/96 è stata prevista la fornitura di prodotti dietetici aproteici per i pazienti affetti da insufficienza renale media in terapia "conservativa". Tale fornitura si configura quale intervento di prevenzione secondaria.

Con disegno di L.R., in fase di proposizione alla G.R., recante norme per il potenziamento, la razionalizzazione ed il coordinamento dell'attività di prelievo e trapianto di organi e di tessuti, modificativo ed integrativo della L.R. n. 103/95 è prevista la predisposizione da parte della G.R. di un programma pluriennale di interventi per la definizione delle modalità di intervento per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal disegno legislativo e l'assegnazione di congrue risorse finanziarie.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

- miglioramento attività di prevenzione e diagnosi precoce delle nefropatie;
 - attuazione programma regionale di interventi in tema di attività di prelievo e trapianto di organi.
- (Vedi Capitolo "Interventi per nefropatie")

Scheda n. 3.9.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.9. - *Le strutture trasfusionali ed il piano sangue*

● **Obiettivi previsti:**

- 1) l'autosufficienza regionale del sangue e di emoderivati;
- 2) la sicurezza per le malattie trasmissibili con riduzione dei relativi costi sociali;
- 3) risparmi sulla spesa farmaceutica;
- 4) l'attuazione dei programmi di medicina trasfusionale e di autotrasfusione.

▲ **Risultati conseguiti:**

Sono state stipulate le convenzioni regionali con le associazioni di volontariato del sangue operanti nel territorio della Regione. E' stata attivata, tramite l'Azienda U.S.L. di Pescara sede del Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione, la Convenzione regionale con le ditte individuate dal Ministero della Sanità per la lavorazione del plasma e la produzione dei farmaci sulla spesa farmaceutica..

Con L.R. n. 143 del 24.12.'96 è stata dettagliata in ambito regionale la disciplina per le attività trasfusionali.

La L.R. individua gli organismi competenti per la programmazione, definendone le competenze; stabilisce i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture trasfusionali. In sede di prima applicazione si è provveduto prioritariamente ad effettuare visite ricognitive finalizzate alla riclassificazione delle strutture trasfusionali così come individuate dal P.S.R. Sono stati altresì costituiti il Comitato Tecnico Scientifico, con funzioni consultive, e il Gruppo di Lavoro che svolge le funzioni operative di cui all'art. 11 della legge regionale in argomento.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

Conseguimento autosufficienza regionale del sangue ed emoderivati e conseguente partecipazione al conseguimento dell'autosufficienza nazionale.

- Riclassificazione delle strutture trasfusionali in ambito regionale e loro potenziamento.

- Attuazione L.R. n. 143/1996.

(Vedi Capitolo "Il sistema trasfusionale ed il piano sangue")

Scheda n. 3.10.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.10. - Il termalismo e climatoterapia

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Attivazione procedure previste dal P.S.R per il rilascio delle autorizzazioni;

▲ Risultati conseguiti:

- Delibera di Giunta regionale n.2808 del 29.7.1996 "Prestazioni e tariffe anno 1996";
- Recepimento D.P.R. 14.1.1997;
- Delibera di Giunta regionale n. 1163 del 14.5.1997 "Recepimento accordo interregionale dei requisiti minimi per l'accreditamento definitivo e la classificazione delle strutture termali".

● Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:

Accreditamento definitivo.

Autorizzazione all'apertura, all'ampliamento, alla trasformazione degli stabilimenti che erogano prestazioni paratermali e talassoterapiche che segue la stessa procedura prevista per gli stabilimenti termali.

Scheda n. 3.11.

■ Ambito d'intervento:

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ Tematica:

3.11. - *L'intervento di medicina legale e delle assicurazioni*

● Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:

- Individuazione delle attività di competenza medico - legale

▲ Risultati conseguiti:

- Sono stati individuati i Servizi di Medicina Legale ed i Servizi di Medicina del Lavoro in tutte le UU.SS.LL, definendo le relative competenze;
- Sono state dettate linee guida comuni da adottare nelle singole U.S.L. in materia di medicina legale
- Sono state adeguate, all'andamento nazionale, le tariffe per le prestazioni rese dai sanitari delle UU.SS.LL. su richiesta di privati nell'ambito delle competenze medico-legali..

● Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:

Sulla base delle indicazioni organizzative e funzionali previste nella parte quinta del presente Piano, provvedere ad un adeguamento organizzativo e funzionale dei Servizi di Medicina Legale delle UU.LL.SS.;

Definire le tariffe per l'esecuzione delle visite di controllo dei lavoratori, a richiesta dei datori di lavoro sia pubblici che privati.

Scheda n. 3.12.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.12. - *L'organizzazione della veterinaria pubblica e il ruolo dell'Istituto Zooprofilattico di Teramo*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Istituzione del Comitato per la Veterinaria e la Zootecnica
- Riordino delle norme che disciplinano il funzionamento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G.Caporale"
- Definizione dei rapporti tra la Regione e l'IZS di Teramo
- Definizione dei rapporti fra i Dipartimenti di Prevenzione e l'IZS di Teramo

▲ **Risultati conseguiti:**

E' stato istituito il Comitato Regionale delle Zooprofilassi (CRZ), che ha avviato corsi di formazione per le emergenze. E' stato predisposto il programma di acquisto dei materiali mono-uso, onde poter affrontare con efficacia tali emergenze, mentre è stato già deliberato l'acquisto di idonei disinfettori, per fronteggiare l'insorgere di eventuali epidemie.

E' stato programmato e finanziato il sistema di governo della sanità pubblica veterinaria, nelle sue forme più complesse ed articolate, mediante collegamenti in rete delle AA.UU.SS.LL., dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale e della Regione. Attualmente è in corso la prima fase di realizzazione, che prevede l'installazione delle apparecchiature informatiche, presso le strutture interessate.

E' stato predisposto ed approvato un protocollo d'intesa Regione - Università - Istituto Zooprofilattico Sperimentale - AA.UU.SS.LL., destinato a promuovere una serie di iniziative, che vanno dalla realizzazione sinergica di programmi specifici, fino al raggiungimento di comuni obiettivi.

Sono stati inoltre predisposti, in accordo con la Regione Molise, due disegni di legge relativi al riordino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale. Entrambi i provvedimenti, approvati dal Consiglio, non hanno avuto esito positivo all'esame del Governo centrale.

Per le emergenze veterinarie epidemiche sono stati realizzati il manuale operativo di campo, il sistema informativo, la formazione del personale.

Realizzazione di sistema di identificazione degli allevamenti e dei capi. Tale risultato deriva da una disposizione dell'UE ed è stato conseguito attraverso un progetto obiettivo multidisciplinare gestito dalla Regione attraverso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise di Teramo.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

- accreditamento dei servizi pubblici veterinari;
- eradicazione TBC (*tuberculosis*), BRC (*brucellosi*) LEB (*leucosi bovina enzootica*);
- controllo dei cani vaganti e riduzione del fenomeno del randagismo;
- piano di controllo sulla fauna selvatica.
- autorizzazione delle strutture in cui si producono, lavorano e somministrano alimenti di origine animale;
- programmazione e realizzazione dei piani di controllo sulle carni, sui prodotti ittici, sul latte e suoi derivati;
- legge di riordino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale;
- completamento anagrafe degli animali;
- attivazione nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'apposita sezione veterinaria per le attività relative alla sorveglianza delle zoonosi e a tutte le parti di comune interesse;
- realizzazione della nuova sede dell'IZS di Teramo.

Scheda n. 3.13.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.13. - *L'attività sociologica e psicologica*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Razionalizzazione delle risorse esistenti e delle prestazioni psicologiche
- Istituzione di apposite strutture articolate nei vari livelli di assistenza della USL e nelle realtà ospedaliere

▲ **Risultati conseguiti:**

Nell'ambito delle Aziende USL è stata avviata un'azione di razionalizzazione delle prestazioni psicologiche

E' da sottolineare la trasversalità di tali attività all'interno dei vari livelli di assistenza della U.S.L., ma un'organizzazione specifica non è stata ancora concretizzata, anche se risulta un tentativo nella Azienda U.S.L. Avezzano-Sulmona ma in relazione all'area della psichiatria.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

- a) Garantire organicità e continuità all'attività sociologica e psicologica.
- b) Partendo dalle specialità ribadite dalla Legge 56/89, organizzare strutture apposite per l'attività psicologica attraverso moduli organizzativi specialistici da individuare negli ambiti distrettuali e nei presidi ospedalieri.

ATTIVITA' SOCIOLOGICA

Il sociologo all'interno dell'azienda USL è una figura dirigenziale inserita a pieno titolo, sul piano della responsabilità e dell'autonomia tecnico-professionale, nel processo di aziendalizzazione delle strutture ospedaliere come utile risorsa nel programmare scientificamente gli obiettivi razionalizzare le risorse e valutare gli interventi in base a criteri di efficacia ed efficienza.

Tale professionalità trova inserimento in ambiti ben individuati come:

Ufficio programmazione e organizzazione, Ufficio relazioni per il pubblico e O.P.S., Distretti Sanitari di Base, Dipartimento per le dipendenze, Uffici per il controllo di gestione e per la qualità, Sistema informativo ed epidemiologico, ecc.

In relazione alle specificità professionali dell'attività sociologica, si prevede di organizzare la predetta attività attraverso moduli e responsabilità trasversali all'interno dell'azienda USL che riconoscano ai sociologi competenze e responsabilità in ordine alla programmazione, valutazione, promozione della qualità, rapporti con il pubblico, integrazione socio-sanitaria, ricerca, sistema informativo e formazione del personale.

ATTIVITA' PSICOLOGICA

Per garantire organicità e continuità all'attività psicologica le aziende USL istituiscono in via sperimentale appositi servizi autonomi di psicologia.

Il servizio di psicologia è una struttura deputata alla tutela e allo sviluppo della salute psicologica dell'individuo e dei suoi ambienti di vita, nonché alla maturazione, crescita ed evoluzione della personalità.

A livello operativo, gli psicologi del servizio, oltre alle prestazioni presso tutti i settori e/o servizi delle aziende, garantiscono lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni presso le sedi dei distretti sanitari di base.

Il servizio si articola pertanto in:

- Servizio centralizzato di psicologia e psicoterapia;
- Unità operativa distrettuali e servizi di psicologia.

Il Servizio ha compiti di direzione, coordinamento, organizzazione, monitoraggio e verifica delle attività psicologiche effettuate dalla Azienda.

Le unità operative distrettuali svolgono attività di tipo preventivo e formativo-didattico ed erogano prestazioni psicodiagnostiche, psicoterapeutiche abilitative-riabilitative, ed in genere assistenziali nei confronti degli utenti ai sensi degli artt.1, 3 e 35 della L. n.56/89.

L'Assessorato alla Sanità monitorizza le sperimentazioni attivate dalle aziende sanitarie.

La Giunta Regionale, con proprio atto di indirizzo, definisce le modalità organizzative di monitoraggio e di funzionamento del servizio di psicologia.

Scheda n. 3.14.

■ **Ambito d'intervento:**

3. - INDIRIZZI DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA'

■ **Tematica:**

3.14. - *L'intervento per la prevenzione e la cura del diabete mellito*

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Prevenzione e diagnosi precoce della malattia diabetica
- Miglioramento delle modalità di cura dei cittadini diabetici
- Promozione dell'educazione sanitaria del cittadino diabetico e della sua famiglia
- Preparazione ed aggiornamento professionale nel personale sanitario addetto ai servizi.

▲ **Risultati conseguiti:**

- E' stato ricostituito il Comitato Regionale Diabetologico, con il compito di procedere alla formulazione di pareri e di ipotesi operative finalizzati alla risoluzione delle problematiche relative alla prevenzione e diagnosi del diabete.
- Con delibera di G.R. sono state emanate direttive alle UU.SS.LL. in ordine alla razionalizzazione della distribuzione dei presidi diagnostici ai diabetici al fine, di migliorare le modalità di cura dei cittadini diabetici;

In ordine al programma per l'aggiornamento obbligatorio, deliberato dalla Giunta Regionale, riservato ai Medici di Medicina Generale della Regione Abruzzo, è stato identificato nel **diabete** uno degli argomenti oggetto dell'aggiornamento professionale ai sensi dell'art. 8 della Convenzione di Medicina Generale, con la conseguente proposta di un team teaching di diabetologia, per la cui definizione si sta già operando.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

- articolazione sul territorio della rete di servizi diabetologici per l'assistenza capillare;
 - controlli di efficacia ed efficienza sui servizi ospedalieri di diabetologia.
- promozione dell'educazione del diabetico e della sua famiglia.

Scheda n. 4.1.

■ **Ambito d'intervento:**

4. - GLI ELEMENTI COMUNI E DI RAZIONALIZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

■ **Tematica:**

4.1. - La regolamentazione del rapporto Università/Regione e aggiornamento professionale

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

1 ● Stipula protocollo di intesa Regione/Università di Chieti e L'Aquila al fine di regolamentare l'apporto delle Facoltà di medicina alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Nazionale

2 ● Stipula protocollo di intesa Regione/Università di Chieti e L'Aquila per formazione personale sanitario ed infermieristico, tecnico e della riabilitazione

3 ● Organizzazione Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale - D.L.vo 256/91

▲ **Risultati conseguiti:**

1 - E' stato stipulato il protocollo d'intesa Regione / Università di Chieti e L'Aquila per regolamentare l'apporto assistenziale delle Facoltà di Medicina e Chirurgia di Chieti e L'Aquila alle attività assistenziali - Delibera di Giunta regionale n.2809 del 29.07.1996.

2 - E' stato stipulato il protocollo d'intesa Regione / Università di Chieti e L'Aquila per la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione - Delibera di Giunta regionale n.1754 del 9.07.1996.

3 - E' stato realizzato il 1° Corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo 256/91 - Esame finale 15.03.1997

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

1. Piano annuale formazione personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione;
2. Piano annuale delle Specializzazioni Mediche;
3. Piano annuale per la formazione Specifica in Medicina Generale (D.L.vo 256/91)
4. Individuazione criteri per la concessione di autorizzazione regionale per l'apertura di scuole afferenti le arti ausiliarie delle professioni sanitarie.
5. Realizzazione corso-concorso di formazione specifica in Medicina Generale.

Scheda n. 4.2.

■ **Ambito d'intervento:**

4. - GLI ELEMENTI COMUNI E DI RAZIONALIZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

■ **Tematica:**

4.2. - *L'integrazione dei servizi sanitari e sociali. Il volontariato*

● **Obiettivi previsti:**

- Predisposizione dei protocolli di intesa
- Realizzazione del Piano Distrettuale del Volontariato e del no profit.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

(Vedi Capitolo "Il privato sociale e le organizzazioni di volontariato e no profit").

Scheda n. 4.3.

■ **Ambito d'intervento:**

4. - GLI ELEMENTI COMUNI E DI RAZIONALIZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

■ **Tematica:**

4.3. - L'informatizzazione del sistema

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Migliorare/ottimizzare il sistema informativo del Settore Sanità e delle USL

▲ **Risultati conseguiti:**

E' stata attivata la procedura informatica di gestione della convenzionata esterna su tutto il territorio regionale attraverso il collegamento telematico Regione - USL..

Presso il Settore Sanità sono state installate nuove attrezzature informatiche ed è stata realizzata una rete telematica che permette il collegamento con le sedi della Giunta regionale e Consiglio regionale nonché con altri assessorati. Sono state potenziate e migliorate le procedure relative alla gestione dei dati delle schede di dimissione ospedaliera (S.D.O.) e ai flussi finanziari connessi alla compensazione della mobilità sanitaria ospedaliera sia in ambito regionale che interregionale. Sono, inoltre, in corso di attivazione i progetti di informatizzazione relativi al sistema di rilevamento delle malattie infettive e a quello relativo al piano sangue.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

- Interconnessione ed integrazione con tutte le strutture sanitarie pubbliche del territorio.
- Attivazione del supporto informatico all'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- Istituzione tessera sanitaria.

Scheda n. 4.4.

■ **Ambito d'intervento:**

4. - GLI ELEMENTI COMUNI E DI RAZIONALIZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO

■ **Tematica:**

4.4. - La verifica della qualità delle prestazioni (VRQ)**● Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Attivazione del sistema regionale per la VRQ

▲ Risultati conseguiti:

Non è stato attivato il procedimento di verifica della qualità delle prestazioni (VRQ) per le ben note e segnalate carenze di personale e per la mancata attivazione di specifici corsi di formazione. Anche se tra molte difficoltà, sono stati comunque attivati controlli ispettivi sulle strutture sanitarie private ubicate sul territorio regionale; per l'effettuazione delle verifiche ci si avvale soprattutto del personale del S.S.N., tra l'altro inesperto nelle procedure di VRQ.

● Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:

- Attivazione della metodologia della Verifica della Qualità delle prestazioni;
- Applicazione, verifica e diffusione degli indicatori di efficienza e di qualità.

Scheda n. 4.5.**■ Ambito d'intervento:****4. - GLI ELEMENTI COMUNI E DI RAZIONALIZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO****■ Tematica:****4.5. - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini****● Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Fissazione delle procedure di verifica dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini
- Attivazione dei corsi di aggiornamento professionale

▲ Risultati conseguiti:

Attività di coordinamento delle ASL che hanno predisposto la "Carta dei Servizi",. Si segnala la costituzione del Dipartimento per la Tutela dei Diritti dei Cittadini da parte di una sola USL.

E' stato presentato un programma speciale, con finanziamento statale , per innovazioni organizzative e metodologiche per il potenziamento produttivo del settore delle informazioni all'utenza ai fini del miglioramento della qualità.

● Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:

- Entrata in funzione degli OPS degli Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Direttive di indirizzo sugli indicatori di qualità.
- Controllo e monitoraggio continuo dei risultati conseguiti da ciascuna USL.

Scheda n. 5.1.

■ **Ambito d'intervento:**

5. - PROGETTI OBIETTIVO

■ **Tematica:**

5.1. - Tutela della salute degli anziani

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Attivazione servizi residenziali: R.S.A.
- Attivazione servizi non residenziali: A.D.I.

▲ **Risultati conseguiti:**

- Delibera di G.R.n.1175 del 12.4.1996: Norme di attuazione del PSR 94/96 in materia di residenze Sanitarie Assistenziali (B.U.R.A. n.15 del 6.8.1996);
- Delibera di G.R. n.312 del 12.2.1997: Fissazione delle diarie da corrispondere per soggiorni in RSA (B.U.R.A. n.11 del 27.6.1997);
- Delibera n. 310 del 12.2.1997 con la quale si è proceduto a regolamentare le modalità di attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata e a prevedere la costituzione di un apposito Gruppo di vigilanza e Controllo" (B.U.R.A. n.9 del 20.5.1997)

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

Vedi Capitoli "Le strutture per anziani" e "Assistenza Domiciliare Integrata"

Scheda n. 5.2.

■ **Ambito d'intervento:**

5. - PROGETTI OBIETTIVO

■ **Tematica:**

5.2. - Tutela della salute materno - infantile

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- riduzione delle sedi consultoriali laddove non sono rispettati i parametri di incidenza demografica;
- collegamento preferenziale tra i consultori e le strutture ostetrico-ginecologiche di 1° e 2° livello per la diagnosi precoce dei tumori femminili e per gli interventi di I.V.G.;
- predisposizione di una scheda epidemiologica per la rilevazione dei dati sull'utenza e sulle prestazioni e la informatizzazione dei relativi dati.

▲ Risultati conseguiti:

E' stata distribuita a tutti i Consultori della Regione una scheda di rilevazione contenente dati sull'utenza, sull'attività, sul personale, sulla struttura.

I dati raccolti ed elaborati sono stati oggetto di ulteriore approfondimento con invito alle Aziende U.S.L. a procedere, in breve tempo, alla riorganizzazione della rete consultoriale, riducendo anche alcune sedi ma con la garanzia della interdisciplinarietà e unitarietà del servizio, pena la dequalificazione dello stesso.

Le Aziende U.S.L. sono state sollecitate, utilizzando i fondi finalizzati annualmente ripartiti dalla Regione, a dotare i servizi consultoriali di tutti i mezzi necessari all'esplicazione delle funzioni previste dalle normative vigenti e alla predisposizione di programmi specifici.

La ricognizione effettuata ha evidenziato la notevole attività svolta insieme alla carenza del personale e all'inadeguatezza strutturale di molte sedi consultoriali.

Risultano avviate, in quasi tutte le U.S.L., programmi di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori femminili, con il coinvolgimento delle diverse realtà (Servizi ospedalieri e servizi territoriali).

E' stato avviato un lavoro finalizzato alla messa a punto di una cartella clinica ambulatoriale unica e alla informatizzazione dei dati epidemiologici, con l'intento di operare periodicamente un ritorno coerente delle informazioni.

In relazione alla prevenzione degli handicaps preconcezionali, prenatali e neonatali - di cui alla precedente L.R. n. 54/87 - è stato garantito il raccordo interistituzionale (Regione - Università - U.S.L.); inoltre, con l'emanazione della recente L.R. n. 102/97 sono stati riproposti tutti gli obiettivi previsti dalla precedente normativa, ora abrogata.

● Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001

Vedi Capitolo dedicato all'aggiornamento del progetto-obiettivo per la "salute della donna e dei soggetti in età evolutiva".

*Scheda n. 5.3.***■ Ambito d'intervento:****5. - PROGETTI OBIETTIVO****■ Tematica:****5.3. - *Tutela della salute mentale*****● Obiettivi previsti:**

● Raggiungimento delle finalità previste dalla legge 23 dicembre 1978 e del Progetto Obiettivo Nazionale sulla Tutela della Salute Mentale (D.P.R. 7 aprile 1994)

▲ Risultati conseguiti:

- Istituzione presso tutte le USL dei Dipartimenti di Salute Mentale;
- In fase di realizzazione i Day-Hospital e Centri Diurni;
- In fase di realizzazione le strutture alternative agli ex Ospedali Psichiatrici residenziali riabilitative protette e semiprotette;
- Istituzione della "Consulta per la Tutela della Salute Mentale";
- Istituzione della "Commissione di Verifica" con compiti di Vigilanza sulla effettiva applicazione delle prescrizioni di cui alla legge regionale n.72/94 (P.S.R.94/96);
- Superamento ospedalità psichiatrica.

● Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:

- Si dichiara l'anno 1999 "anno del territorio". Con tale dichiarazione si intende promuovere ogni possibile iniziativa finalizzata ad incentivare l'attuazione e lo sviluppo del momento assistenziale territoriale, con interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. All'uopo le singole AUSL potenziano il DSM (Dipartimento Salute Mentale) procedendo per progetti obiettivi finalizzati a raggiungere un regime di assistenza territoriale congruo con i reali bisogni dell'utenza, privilegiando la crescita dei Centri di Salute Mentale (CSM) dei punti ambulatoriali nonché delle strutture residenziali e semiresidenziali, non ignorando l'urgenza psichiatrica territoriale da soddisfare con la massima rapidità ed efficacia in coordinamento con il servizio di 118 e con il servizio di guardia medica.
- Realizzazione dei Day - Hospital e Centri Diurni;
- Realizzazione delle Strutture residenziali protette e semiprotette;
- Definizione funzionamento di tutte le strutture e di tutti i servizi psichiatrici previsti nel Progetto "Tutela della Salute Mentale" (P.S.R. 1994-96);
- Definizione superamento degli ex Ospedali Psichiatrici.
- Definizione del ruolo, delle funzioni e delle attività del Servizio di Neuropsichiatria infantile.

(Vedi anche Capitolo "Tutela della salute mentale")

Scheda n. 5.4.

■ Ambito d'intervento:**5. - PROGETTI OBIETTIVO****■ Tematica:****5.4. - Prevenzione, cura e recupero delle tossicodipendenze e interventi in materia di alcooldipendenza****● Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

- Riorganizzazione sistema dei servizi in attuazione del D.P.R. 309/90 T.U., delle leggi in materia di tossicodipendenze e della L.R. n. 28/93.

- Programmazione e coordinamento attività di formazione e aggiornamento degli operatori;
- Attivazione sistema informativo di raccolta dati sul fenomeno.

▲ Risultati conseguiti:

Sono stati definiti protocolli attuativi per quanto riguarda le attività del Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T.) e sono stati realizzati studi sulla prevalenza e l'incidenza dell'infezione da HIV fra i tossicodipendenti.

Per quanto riguarda la formazione degli operatori oltre a quelle già realizzate sono in corso iniziative di formazione integrata nell'ambito degli interventi di prevenzione delle tossicodipendenze in collaborazione con l'Università di Chieti. Altre iniziative sono già previste per la prevenzione delle Infezioni da HIV.

Inoltre, in raccordo con il Ministero della Sanità, è stato avviato un piano relativo alla informatizzazione della rete dei SER.T.

Riguardo alla regionalizzazione del 75 % del Fondo Nazionale lotta alla droga (art. 127 D.P.R. 309/90) sono stati compiuti, a seguito dell'intervenuta Legge n. 86/97, gli adempimenti necessari all'avvio di tale processo:

individuazione dei criteri di accesso, definizione aree prioritarie, predisposizione schemi di domande e scheda progettuale per i destinatari dei finanziamenti (Deliberazione G.R. n. 2101 dell'11.8.1997).

● Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:

Realizzare la piena integrazione del sistema dei servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze d'abuso.

(Vedi il capitolo relativo al progetto-obiettivo "Prevenzione, cura e recupero delle tossicodipendenze e interventi in materia di alcooldipendenza").

Scheda n. 5.5.

■ Ambito d'intervento:

5. - PROGETTI OBIETTIVO

■ Tematica:

5.5. - *Prevenzione degli handicap*

● Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:

- Predisposizione di una rete socio-sanitaria dei servizi, anche favorendo la stipula degli accordi di programma;

- Costituzione del Comitato Regionale per le Politiche dell'Handicap;

- Promozione di interventi alternativi al ricovero;

- Definire i programmi e le modalità di riqualificazione ed aggiornamento del personale impiegato nei servizi socio-assistenziali, compreso quello delle Organizzazioni di Volontariato;

- Verifica e revisione di qualità delle prestazioni (per ottimizzare le risorse ed elevare il più possibile il livello di assistenza).

▲ **Risultati conseguiti** con riferimento agli obiettivi ed alle competenze di tipo socio-assistenziale:

- Stipula dei quattro accordi di Programma provinciali, per l'integrazione scolastica delle persone handicappate, ai sensi dell'ex art.13 della legge 5.2.1992, n.104, promossi dalle Amministrazioni Provinciali e coinvolgenti anche le Aziende USL, i Provveditorati agli Studi e le Amministrazioni Comunali. Detti Accordi di Programma sono stati, tutti, pubblicati sul B.U.R.A. tra il 1996 ed il 1997.

- Con la L.R. 19 aprile 1995, n.53 è stato istituito il "Comitato Regionale per le Politiche dell'Handicap" e con D.P.G.R. n.781 del 9 ottobre 1995 è stato costituito il predetto Comitato che si è riunito con regolarità fin dal mese di ottobre del 1995.

- Quali interventi alternativi al ricovero sono stati attivati:

- a) il servizio di aiuto personale, dapprima con L.R. n.82 dell'8.11.1994 e successivamente con deliberazioni consiliari n.16/13 del 29.11.1995 e n.44/13 del 17.12.1996;

- b) l'istituzione o l'adattamento dei Centri diurni e/o dei Centri Residenziali a favore dei cittadini portatori di handicap, interventi, questi, disposti con deliberazione di Consiglio Regionale n. 45/20 del 27.12.1996, per un importo di £. 1.633.176.000 a favore delle Aziende USL, su presentazione di programmi specifici.

- In collaborazione con l'Università dell'Aquila - Servizio Prevenzione Handicap -, è stata predisposta la scheda per la rilevazione dei dati relativi ai portatori di handicap psiconeurosensoriali di età inferiori ai 18 anni, mediante la quale si raccolgono i dati necessari ai Provveditorati agli Studi per l'assegnazione dell'insegnante di sostegno. La scheda compilata dagli operatori delle Unità Multidisciplinari di cui al D.P.R. 24.2.1994 è finalizzata, inoltre, alla redazione della diagnosi funzionale e del profilo dinamico funzionale.

La scheda, adottata a livello regionale, servirà ad uniformare il linguaggio della modulistica per la metodologia diagnostica, secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il Comitato Regionale per le Politiche dell'Handicap ha approvato, nella seduta del 21.1.1997, la scheda precitata.

Obiettivi previsti per il triennio 1999 - 2001

Vedi, al riguardo, le previsioni del Piano Sociale Regionale.

Scheda n. 5.6.

■ **Ambito d'intervento:**

5. - PROGETTI OBIETTIVO

■ **Tematica:**

5.6. - Prevenzione delle infezioni da HIV e la lotta contro l'AIDS

● **Obiettivi previsti dal PSR 1994 - 1996:**

● Contrastare la diffusione dell'infezione da HIV mediante attività di prevenzione e attraverso idonei interventi di assistenza alle persone affette da tale patologia.

▲ **Risultati conseguiti:**

Le aree di intervento hanno riguardato, principalmente:

- la prevenzione dell'infezione da HIV;
- l'informazione e l'educazione sanitaria;
- la formazione e l'aggiornamento del personale;
- l'attività ambulatoriale per l'accertamento e la diagnosi della sieropositività;
- l'assistenza e il trattamento dei soggetti nelle strutture territoriali e ospedaliere;
- l'assistenza domiciliare;
- l'integrazione con il volontariato.

La formazione e l'aggiornamento del personale, sia di quello più direttamente impegnato con tale patologia che di altri operatori, ha costituito un fronte di azione rimarchevole.

La rete dei servizi e presidi territoriali di primo livello (Consultori familiari, Servizi per le tossicodipendenze, Servizi per le malattie e trasmissione sessuale, servizi immunologia, servizi trasfusionali, sistema penitenziario), è stata raccordata per adempiere ai precipi compiti loro affidati e per il collegamento con i servizi ospedalieri per le attività diagnostiche per la ricerca degli anticorpi anti HIV e con la rete di secondo livello, costituita dai centri ospedalieri e universitari dotati di Divisioni di Malattie Infettive.

In attuazione dell'art. 1 della legge 135/90, comma b), per quanto attiene la costruzione e/o ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive, la realizzazione di spazi per attività di ospedale diurno, l'istituzione ed il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia in relazione alle previsioni epidemiologiche e alle conseguenti esigenze assistenziali hanno riguardato le seguenti strutture :

Divisione Mal. Inf. P.O. "SS. Annunziata" CHIETI
 Divisione Mal. Inf. P.O. "S. Filippo" AVEZZANO (AQ)
 Divisione Mal. Inf. P.O. "S. Salvatore" L'AQUILA
 Divisione Mal. Inf. P.O. "Spirito Santo" PESCARA
 Divisione Mal. Inf. P.O. "Istituti Riuniti" TERAMO
 Divisione Mal. Inf. P.O. "Ospedale Civile" VASTO (CH)

Il Coordinamento di tutte le attività in materia è stato demandato al "Comitato Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e assistenza delle infezioni da HIV" istituito con deliberazione della G.R. n. 7167 del 20.12.1993. Tale Comitato interdisciplinare, ha elaborato indicazioni specifiche con il supporto del Centro di riferimento per la lotta all'AIDS, costituito dai poli operativi presso le Cattedre di Malattie Infettive delle Università di Chieti e di L'Aquila e dal polo di raccordo presso il Settore Sanità.

Infine è stato avviato il piano degli interventi per il trattamento a domicilio dei pazienti con AIDS e, a tal fine, sono stati erogati finanziamenti alle Aziende U.S.L.

● **Obiettivi previsti dal PSR 1999 - 2001:**

● Prevenire il diffondersi dell'infezione da HIV e di altre malattie infettive emergenti attraverso l'azione raccordata del sistema integrato dei servizi deputati.

- Contrastare la diffusione dell'infezione da HIV, di altre malattie infettive emergenti, attraverso azioni coordinate sul versante della prevenzione con gli strumenti dell'informazione capillare e dell'educazione sanitaria.

- Proseguire l'azione di formazione e aggiornamento del personale più direttamente coinvolto, estendendola anche ad altri operatori.

Parte Seconda
GLI OBIETTIVI E LE REGOLE

LA FUNZIONE STRATEGICA DEL P.S.R.

I CONTENUTI

Sulla base del quadro di riferimento già delineato, la programmazione deve essere strumento coerente con le ribadite responsabilità regionali e con il sistema delle autonomie delineate a livello nazionale.

Tutti i soggetti coinvolti nella gestione della tutela della salute (soggetti pianificatori e regolatori del sistema, strutture di offerta pubbliche e private, cittadini utenti, ecc.) sono inseriti in un contesto di regole, meccanismi, relazioni e interessi completamente differenti dal precedente (introduzione di sistemi tariffari, uso dei sistemi di *accreditamento*, ecc.) che può essere ricondotto a tre principali **direttrici**

- 1. **LA REGIONALIZZAZIONE** degli assetti istituzionali e dell'equilibrio finanziario complessivo;
- 2. **L'AZIENDALIZZAZIONE** della rete di offerta pubblica;
- 3. **LA COMPETIZIONE** "guidata" come elemento di stimolo per l'intero sistema.

I principi definiti dal D.L.vo 502/1992 (e successive modificazioni e integrazioni) consentono il passaggio da un modello di tipo **ACCENTRATO - PIANIFICATO** ad un modello di tipo **DECENTRATO - REGOLATO.**, in cui la Regione fissa il sistema di regole (tariffe, accreditamenti, ecc.) e le aziende nell'esercizio della propria autonomia e responsabilità ed in risposta a stimoli competitivi provenienti dalle altri soggetti e dalle preferenze espresse dai cittadini, selezionano specifici comportamenti coerenti con le proprie convenienze.

Le caratteristiche del nuovo modello fanno sì che l'esplicitazione dei contenuti debba avvenire attraverso un complesso ed articolato insieme di provvedimenti legislativi e di comportamenti "amministrativi" coerenti.

Adottando conseguentemente una visione strategica per l'assetto dei servizi sanitari sul territorio, **IL P.S.R. 1999 - 2001 SVOLGE TRE IMPORTANTI FUNZIONI** :

- 1. **completa le scelte già operate nell'ambito della normativa recentemente emanata (primo piano sanitario regionale e progettazione del sistema);**
- 2. **traccia un percorso operativo attraverso cui realizzare il modello voluto (gestione della transizione);**

3. fissa alcuni obiettivi sanitari strategici e prioritari a cui l'intero sistema sanitario abruzzese, all'interno dei diversi spazi di autonomia, faccia riferimento (programmazione sanitaria di merito e criteri di utilizzo degli strumenti di governo previsti dalla normativa).

Queste tre funzioni trovano specificazione nelle seguenti **TEMATICHE**:

- **GLI ASSETTI ISTITUZIONALI;**
- **IL GOVERNO DELL'OFFERTA COMPLESSIVA DEI SERVIZI SANITARI;**
- **I SISTEMI INFORMATIVI;**
- **LO SVILUPPO ED IL MONITORAGGIO DELLA "QUALITÀ" NEL SISTEMA SANITARIO ABRUZZESE,**

GLI ASSETTI ISTITUZIONALI

Per quanto attiene agli assetti istituzionali regionali, il presente Piano conferma le scelte adottate in riferimento al dettato normativo del D.L.vo 502/1992 e delineate con il Piano Sanitario Regionale 1994-1996.

Inoltre, il Piano sanitario regionale va a definire i rapporti tra :

- le Aziende Sanitarie pubbliche;
- le strutture sanitarie private;
- i cittadini utenti del servizio sanitario;
- le altre istituzioni e gli altri organismi di rappresentanza politica e sociale (EE.LL., Università, Cooperazione Sociale, ONLUS, Volontariato, ecc.).

Dal punto di vista operativo, per dare una concreta rappresentazione delle modalità di esercizio dei poteri affidati ai diversi soggetti individuati, sono richiamati i seguenti **temi** :

a) Il grado di effettiva **COMPETIZIONE** tra le aziende (pubbliche e private) del SSR abruzzese.

Se l'introduzione della variabile competitiva anche nel sistema pubblico è un elemento indiscusso del dettato normativo nazionale, altrettanto consolidata è l'opinione che tale competizione debba avvenire in forma "controllata e collaborativa" al fine di preservare le caratteristiche pubbliche del SSN.

Il ricorso a meccanismi competitivi aiuta infatti a governare il sistema sanitario in quanto oggettivizza alcuni giudizi , "premiando" alcuni soggetti a scapito di altri (ad esempio, attribuendo un finanziamento superiore alle strutture che si dimostrano qualitativamente produttive). Sono, pertanto, identificate le variabili da affidare a strumenti di tipo competitivo e quelle da governare attraverso meccanismi di tipo concertativo.

b) Ruolo e limiti della **LIBERA SCELTA DEI CITTADINI** nell'ambito del SSR. La libera scelta è uno strumento per realizzare la competizione tra strutture di offerta del sistema; la sua applicazione, però, deve essere temperata con l'esigenza di controllare le prestazioni erogate e l'ammontare complessivo della spesa sanitaria pubblica;

c) Le modalità di coinvolgimento dei vari soggetti che a diverso titolo sono portatori di **INTERESSI COLLETTIVI**, quali le associazioni di utenti, il Tribunale per i diritti del malato, ecc.;

d) Le modalità di **RACCORDO DI TIPO ISTITUZIONALE CON IL SISTEMA POLITICO-SOCIALE**.

L'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale che si assume con il presente Piano è quello della Unità Sanitaria Locale come unico riferimento istituzionale. Infatti, il modello che "paga la salute", si basa sul principio della quota capitaria ponderata per i residenti, attribuita a USL dotate, come prevedono le leggi

nazionali di riordino, di Presidi Ospedalieri, con compensazione della mobilità in entrata e in uscita tramite flussi finanziari (tariffe/DRG) che seguano gli assistiti in ragione delle prestazioni effettuate in strutture di cura sia pubbliche che private da loro liberamente scelte che non appartenessero all'A.U.S.L. di residenza. Solo se un Ospedale resta nella A.U.S.L., e beneficia di un budget ricavato dalle quote capitarie, gli interessi di chi vi opera possono essere completamente allineati alla salute dei singoli e della comunità. Soltanto in questo contesto “ + salute, + efficacia, + eliminazione dell'inefficacia, + informazione corretta dei cittadini” , traducendosi in tendenziale minore domanda di prestazioni e minore produzione di DRG, possono derivare maggiori avanzi di gestione per l'Azienda da reinvestire per lo sviluppo e la qualificazione delle strutture ospedaliere e territoriali e per incentivare chi vi lavora.

In questo modello i DRG concorrono a “pagare la salute” per remunerare la mobilità in uscita verso altre strutture con una conseguenziale valutazione dei fenomeni che l'hanno determinata e con l'adozione coerente di provvedimenti correttivi.

Peraltro, il loro calcolo costituisce un argomento di verifica interna tra unità che comunque sono cointeressate al massimo della cooperazione per i meccanismi premianti e non diventa mai un “meccanismo di finanziamento” per strutture i cui interessi vengano artificialmente contrapposti con creazione di conflitti aziendali all'interno del percorso assistenziale (territorio-ospedale-territorio) di ciascun singolo cittadino.

Con il modello assunto si può dare concreta attuazione al principio della libera scelta del cittadino senza il pericolo di portare il sistema alla bancarotta. Infatti, se i presidi ospedalieri restano all'interno dell'Azienda USL quest'ultima può intervenire sulle prestazioni erogate non solo tramite una verifica e valutazione di qualità esterna, che comunque sarà interessata ad attivare, ma anche tramite tutti gli strumenti amministrativi premianti e di controllo interni all'organizzazione.

Soprattutto, la migliore garanzia affinché le finalità di tutela della salute, proprie dell'Azienda Sanitaria Locale, siano condivise anche dall'Ospedale è rappresentata dalla condivisione degli interessi di chi lavora in ospedale con gli operatori impegnati direttamente nelle strutture territoriali e di prevenzione.

**IL GOVERNO DELL'OFFERTA COMPLESSIVA
(PUBBLICA E PRIVATA) DI SERVIZI SANITARI**

Lo spostamento di responsabilità sul livello regionale della sostanziale totalità del problema sanitario impone la formulazione di politiche volte a regolare il complessivo sistema di offerta dei servizi sanitari (pubblici e privati) con strumenti e modalità coerenti con le tre linee cardine del riassetto del SSN.

Per assolvere questa funzione il Piano indica gli interventi finalizzati alla costruzione e all'adeguamento degli strumenti per la guida dei comportamenti di tutti i soggetti componenti il sistema. Essi sono :

a) il sistema degli **ACCREDITAMENTI** delle strutture private e pubbliche al fine di integrare l'azione del settore privato negli obiettivi sanitari regionali;

b) il **SISTEMA TARIFFARIO**, come strumento di regolazione delle convenienze economiche e quindi dei comportamenti delle Aziende stesse, oltre che di regolazione della mobilità tra settore pubblico e settore privato;

c) strumenti e modalità per definire **VOLUMI COMPLESSIVI DI PRESTAZIONI CONCORDATI** tra tutti i soggetti (sia pubblici che privati) per garantire l'equilibrio economico complessivo del sistema.

I SISTEMI INFORMATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

L'esercizio delle funzioni regionali definite dalla L.R. 146/1996 richiede un pesante investimento dal punto di vista dei sistemi informativi, sia per la conoscenza e l'analisi della domanda sanitaria che per la conoscenza e l'analisi dell'offerta di servizi.

A tal fine il Piano ricollega i contenuti propri del ruolo che la Regione si è data, anche attraverso la riorganizzazione dell'Assessorato, e individua gli organi che assumono specifiche responsabilità nella raccolta e gestione delle informazioni (Osservatorio Epidemiologico Regionale e Sistema Informativo Sanitario).

Sul piano degli **STRUMENTI**, è prevedibile la seguente articolazione di interventi:

- Predisposizione di modalità di trasmissione delle informazioni necessarie ai diversi livelli del governo (regolazione economica, gestione dei bilanci, osservatori epidemiologici, ecc.) in appositi "protocolli" cui tutte le strutture (pubbliche e private) devono attenersi;
- Previsione di incentivi allo sviluppo di sistemi informativi aziendali per migliorare la qualità delle informazioni a disposizione del S.S.R. ;
- Previsione di programmi a livello regionale adottati d'intesa con le Aziende USL e con i servizi specialistici competenti per l'attivazione di servizi di telemedicina;
- Adozione e attuazione della **carta sanitaria personale**. A ciascun cittadino residente nella regione viene fornita una carta elettronica di identificazione, conforme alle modalità previste dalla normativa nazionale, che costituisce la chiave per accedere ai suoi dati personali presenti presso tutte le UU.SS.LL. della Regione e contiene le informazioni essenziali relative al suo stato di salute (patologie gravi, gruppo sanguigno, allergie, ecc.). La presenza sulla carta di alcuni dati risulta essenziale per i casi di emergenza quando risulti impossibile accedere al sistema centralizzato per disporre dei dati di dettaglio del paziente.

Le possibilità evolutive nell'impiego della carta sono numerosissime: non appena dotato di tale strumento elettronico di identificazione, il cittadino può accedere a tutti gli aspetti dell'attività sanitaria: dalla gestione amministrativa, all'acquisizione di farmaci, ai rapporti con il medico di famiglia, alla prenotazione di indagini diagnostiche da terminali periferici.

LO SVILUPPO ED IL MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ E LA CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI

In un sistema aziendale la qualità deve essere intesa almeno in tre accezioni:

- **QUALITÀ DEI SISTEMI,**
- **QUALITÀ DEI PROCESSI**
- **QUALITÀ DELLE INFORMAZIONI.**

Ciò permette di distinguere e focalizzare il ruolo degli strumenti di sviluppo della qualità di tipo tecnico - professionale (VRQ, ecc.) da quelli di tipo gestionale.

In tale contesto assume importanza determinante l'attuazione della **carta dei servizi pubblici sanitari** di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995, (in Gazzetta Ufficiale 31 maggio 1995, n.125) e alle Linee- Guida n.2/95 (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.203 del 31 agosto 1995).

Tale istituto è volto a costituire uno strumento destinato a favorire, da una parte, la trasparenza del servizio che le singole strutture sanitarie riservano ai cittadini, dall'altra, la costruzione ed il continuo aggiornamento di uno strumento per il monitoraggio sulle prestazioni che, a partire dalle U.S.L., viene aggregato a livello regionale e poi nazionale.

Lo stimolo fornito dall'introduzione di questo strumento, unitamente alle caratteristiche aziendalistiche introdotte con la recente riforma del S.S.N., conducono ad un costante miglioramento nella qualità dei servizi che vengono erogati e, allo stesso tempo, comportano un riesame complessivo dei processi che conducono al perseguimento di una qualità più adeguata.

La crescente attenzione verso l'analisi ed il miglioramento dei processi produttivi si è concretizzata nella diffusione delle norme *ISO 9000* e della relativa certificazione come standard de facto cui fare riferimento come elemento oggettivo di raffronto. Se tale metodologia si è fino ad ora affermata quasi esclusivamente nel settore privato, anche nel settore della sanità le norme *ISO 9000* costituiscono un modello di riferimento cui rapportarsi per raggiungere un pieno autocontrollo sulle relazioni che esistono tra i processi delle aziende ed il conseguente livello di qualità che esse sono in grado di erogare.

Nel contesto attuativo delle disposizioni contenute nell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, deve essere garantita la partecipazione dei cittadini al controllo della qualità delle cure erogate.

Presso l'Assessorato alla Sanità sarà costituita, entro 90 giorni dall'approvazione del piano, sentita la 5^a Commissione Consiliare, con decreto del Presidente della Giunta regionale, una apposita Commissione permanente, con il compito di procedere alla verifica di qualità delle strutture sanitarie regionali pubbliche e private, presieduta dal dirigente del Servizio Ispettivo e composta da: un

medico esperto designato dalla Federazione Regionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, un Ingegnere esperto nel settore, designato dalla Federazione Regionale dell'Ordine degli Ingegneri, e da un esperto in materia V.R.Q. scelto dal Componente la Giunta preposto al Settore Sanità.

■ - FORMAZIONE E INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE AVANZATE

■ FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione del personale, a cominciare da quello con compiti dirigenziali, e la programmazione degli investimenti nelle tecnologie costituiscono strumenti privilegiati per accrescere la capacità d'intervento e la qualità dei servizi e delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, a cominciare da quelli con maggiore grado di complessità.

Obiettivi delineati come:

- - la centralità del cittadino ed il conseguente ripensamento dell'intero sistema non più nell'ottica dell'offerta, ma in quello della domanda;

- - la necessità di scegliere quali interventi e modalità assistenziali privilegiare, in relazione della limitatezza delle risorse disponibili, con l'intento comunque di assicurare livelli di assistenza adeguati alle specifiche esigenze;

- - la necessità di integrazione tra dimensione sanitaria e dimensione sociale;

- - la responsabilizzazione ai diversi livelli dirigenziali anche sui risultati economici;

impongono non solo la formazione di nuove competenze, soprattutto di tipo programmatorio e gestionale, ma anche la modifica dei comportamenti degli operatori in generale e dei dirigenti in particolare.

Peraltro, la selezione e la valorizzazione della *risorsa umana* non può essere vista solo come una voce di spesa di assoluto rilievo, ma va assunta come parametro di investimento per assicurare qualità, efficienza ed armonia all'intero sistema.

E' quindi evidente che uno degli ostacoli più rilevanti al processo di cambiamento è costituito dalla non coerenza tra le variabili legate alla risorsa umana e quelle legate all'organizzazione.

A questo aspetto della formazione, in qualche modo reso nuovo dalle caratteristiche del sistema sanitario in vigore, si sommano quelli sempre presenti e legati alla necessità di favorire il costante aggiornamento professionale degli operatori, per assicurare a tutti i livelli del sistema la più adeguata capacità di intervento tecnico - professionale.

In un mondo caratterizzato da un'incessante evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie, la formazione permanente costituisce un'esigenza assoluta per assicurare ai nostri cittadini ed ai residenti nella nostra regione, le opportunità di intervento più adeguate.

Posta la necessità di una marcata riconversione della classe dirigente e dei quadri intermedi per sostenere il passaggio da una cultura organizzativa di tipo burocratico ad una cultura organizzativa orientata al risultato per il cittadino, con

esaltazione dei valori di autonomia e responsabilità e conoscenza degli strumenti di programmazione, controllo e gestione tipici delle realtà aziendali del settore dei servizi. Si rende necessaria l'adozione di opportune iniziative per l'aggiornamento e la formazione del personale.

Il carattere eccezionale dello sforzo richiesto per fronteggiare in tempi necessariamente contenuti un cambiamento culturale ed organizzativo che investe l'intero sistema sanitario, coinvolgendo competenze sanitarie, tecniche, amministrative, induce a ritenere necessaria l'assunzione di una linea programmatica specifica e straordinaria da realizzare nel triennio 1999 - 2001, con il concorso delle Istituzioni di formazione più qualificate.

Tale impegno, che deve trovare specifica indicazione programmatica e di finanziamento nei piani strategici delle Aziende ed è rivolto prioritariamente ai dirigenti e ai quadri del servizio sanitario regionale ed ha come obiettivo fondamentale quello di assicurare su tutto il territorio regionale l'esistenza di livelli minimi di condivisione di valori, coerenza di comportamenti e competenze gestionali.

Sul piano metodologico sono da prevedere le seguenti fasi:

- definizione, per ciascuna posizione nella struttura organizzativa, dei principali obiettivi ed attività ad essa pertinenti e, conseguentemente, delle conoscenze e delle capacità che sono richieste al suo responsabile, creando "standard manageriali" di riferimento;

- valutazione delle aree in cui il profilo del titolare della posizione si discosta significativamente da quello standard richiesto;

- identificazione delle azioni formative necessarie al superamento di tali scostamenti;

- predisposizione degli interventi formativi e loro erogazione;

- valutazione dei risultati conseguiti con riferimento agli standard desiderati ed ai profili effettivi di partenza.

Appare inoltre raccomandabile affiancare ai momenti formativi tradizionali, anche se eseguiti con metodologie adeguate alla "didattica dell'adulto", la frequenza attraverso comandi, missioni, "stages" di altre realtà del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'ambito della Regione Abruzzo saranno realizzati i corsi di riqualificazione professionale di cui all'art. 4, comma 2, della Legge 26 febbraio 1999, n. 42, secondo le modalità che saranno stabilite nell'apposito decreto ministeriale.

■ INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE AVANZATE

Strettamente collegata alla formazione è la programmazione degli interventi in tecnologie nell'obiettivo di accrescere la qualità complessiva del sistema.

Così come non si può pensare di garantire in modo adeguato la salute dei cittadini abruzzesi se non si dispone di operatori professionalmente preparati e competenti, così non è pensabile di investire in formazione senza dotare gli operatori stessi del Know how necessario ed evoluto.

Per gli investimenti in tecnologie, le aziende USL terranno presenti:

- la dotazione tecnologica esistente, le sue condizioni, l'obsolescenza ed il grado di utilizzo;
- lo stato di salute della popolazione dell'azienda e le esigenze in termini di appropriatezza di diagnosi e di terapia;
- la dotazione di unità operative e di settori e le specifiche esigenze diagnostiche;
- la valutazione costi - benefici dei risultati economici che l'investimento verrà a produrre;
- i costi correnti generati da quell'investimento;
- le esigenze di formazione specifica collegate alla disponibilità della tecnologia prescelta.

In considerazione della rapida obsolescenza delle tecnologie e delle esigenze in termini di manutenzione, le Aziende potranno individuare modalità di acquisto innovative, come i contratti in "service", l'acquisto in leasing, per potersi giovare di tecnologie innovative costantemente aggiornate, senza rilevanti investimenti finanziari iniziali.

GLI OBIETTIVI DEL PSR

LE FINALITÀ

Alla luce di quanto è stato fino ad ora riferito, il PSR 1999 - 2001 persegue le seguenti **finalità**, impegnando al loro raggiungimento tutte le strutture sanitarie regionali:

■ **1. LA PROMOZIONE E LA TUTELA DELLA SALUTE**, individuale e collettiva, fisica, psichica e sociale dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità, mediante interventi finalizzati alla rimozione delle cause di nocività, di disagio e malattia, potenziando in particolare le attività di educazione sanitaria, di prevenzione, di riabilitazione, reinserimento e garantendo altresì la continuità terapeutica e assistenziale;

■ **2. L'EROGAZIONE DI LIVELLI ESSENZIALI COME STABILITO DAL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000 DI ASSISTENZA** che superino gli squilibri fra domanda e offerta di servizi sanitari nelle diverse aree del territorio regionale perseguendo in maniera diffusa elevati livelli qualitativi di assistenza insieme alla garanzia per tutti i cittadini di uguali opportunità di accesso alle attività e alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate;

■ **3. IL COMPLETAMENTO DEL PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE** del sistema sanitario regionale, promuovendo l'individuazione delle necessarie strategie aziendali in funzione dell'analisi dei bisogni presenti a livello locale;

■ **4. IL RAGGIUNGIMENTO DI UNA PIÙ ELEVATA EFFICACIA E PRODUTTIVITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**, migliorando la qualità dei servizi resi e razionalizzando l'uso delle risorse disponibili;

■ **5. LA RIDUZIONE DELLE CONDIZIONI DI RISCHIO E DI EMARGINAZIONE** soprattutto dei soggetti più deboli della popolazione e delle condizioni di rischio, anche attraverso una adeguata integrazione con i servizi sociali e assistenziali e con gli Enti Locali.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

All'interno di queste finalità generali, vengono definiti i seguenti **OBIETTIVI STRATEGICI**, che devono essere valutati attraverso un sistema di indicatori e di traguardi.

1. Uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni sanitarie erogate per tutti i cittadini e per coloro che dimorano nella Regione Abruzzo;

2. confermare e garantire i livelli essenziali di assistenza sul territorio regionale, come ridefiniti dal P.S.N. 1998-2000, e assicurare la qualità dei servizi attraverso la formazione mirata e permanente degli operatori, con particolare riferimento a quelli ricoprenti funzioni dirigenziali e direttive;

3. La definizione e lo sviluppo del sistema di conoscenza e di valutazione dello stato di salute e dei bisogni sanitari sul territorio, anche attraverso l'attivazione del Sistema Informativo Regionale e dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale;

4. Il potenziamento e la messa a punto di interventi programmati e coordinati per l'educazione sanitaria e la prevenzione, riservando ad essi risorse finalizzate. Per l'attuazione di questo tipo di interventi, le Aziende Sanitarie si avvalgono della collaborazione dell'IZS di Teramo nonché dell'istituenda Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente;

5. Il potenziamento dei servizi per l'emergenza sanitaria e per il costante adeguamento dei sistemi di soccorso e di trasporto degli infermi;

6. Lo sviluppo ed il potenziamento dell'attività di assistenza primaria svolta dai distretti sanitari di base e l'integrazione di questi con l'attività dei servizi socio - assistenziali, anche attraverso la definizione di livelli multidistrettuali. Deve essere perseguita ed estesa l'Assistenza Domiciliare, già avviata;

7. La riduzione della mortalità e della invalidità per incidenti sul lavoro e le malattie professionali e la applicazione delle direttive CEE sul miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro e le iniziative per la riduzione degli incidenti domestici;

8. Il riequilibrio, la riorganizzazione e la qualificazione professionale e tecnologica della rete dei presidi ospedalieri, definendo la specifica *mission* di ciascuno, attribuendo la necessaria autonomia organizzativa, gestionale e contabile;

9. La riduzione della morbosità e della mortalità delle patologie importanti, con particolare attenzione per le malattie dell'apparato circolatorio, per le neoplasie e per le malattie infettive;

10. Il raggiungimento di indici più bassi di nati-mortalità, di mortalità infantile e di invalidità connessa, rispetto agli attuali;

11. Il contrasto all'istituzionalizzazione impropria o precoce di anziani e persone non autosufficienti;

12. L'assistenza ed il recupero dei minori e delle donne oggetto di violenze, di maltrattamenti e di abusi;

13. Rafforzare la tutela nei confronti dei soggetti "deboli", anche mediante l'integrazione con i programmi socio-assistenziali;

14. Il completamento del processo di aziendalizzazione delle UU.SS.LL. della Regione attraverso un maggiore decentramento delle competenze alle diverse strutture (distretti, presidi ospedalieri, servizi di prevenzione collettiva, ecc.);

15. La qualificazione tecnico - scientifica del servizio sanitario regionale attraverso l'applicazione e l'utilizzo di conoscenze, metodiche e tecnologie innovative;

16. La promozione della partecipazione e dello sviluppo delle diverse forme di collaborazione e di accordo tra le istituzioni pubbliche e tra queste e l'Università, il comparto privato ed il privato sociale;

17. La promozione di interventi educativi e preventivi ad indirizzo nutrizionale e la terapia ed il recupero dei soggetti affetti da malattie del comportamento alimentare;

18. Accreditoamento dei Servizi veterinari secondo i criteri previsti dalla norme internazionali di gestione ed assicurazione della qualità. Tali criteri riguardano il mutuo riconoscimento dei Servizi veterinari a livello internazionale.

19. Il controllo integrato delle zoonosi e la profilassi veterinaria ai fini della tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffuse e per la tutela della popolazione umana dalle antropozoonosi e per la salvaguardia dell'ambiente;

20. Potenziamento delle reti di sorveglianza epidemiologica per la sanità animale e per gli alimenti di origine animale;

21. La costruzione e la utilizzazione di un sistema di valutazione della qualità dell'efficacia degli interventi sanitari.

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

“L'esigenza di garantire l'integrazione istituzionale e operativa nella erogazione dei servizi socio sanitari deriva dalla separazione di titolarità oggi esistente nell'esercizio delle funzioni istituzionali di assistenza sanitaria e di assistenza sociale. I problemi legati all'integrazione socio-sanitaria richiedono risposte unitarie e globali, al fine di assicurare continuità e pienezza di assistenza, oltre che per utilizzare al meglio le risorse disponibili.

A tal riguardo, con la legge regionale 2703/1998, n° 22 (Piano sociale regionale 1998-2000), la Regione ha già fatto propria la scelta strategica di vincolare il funzionamento dei servizi ricadenti nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria a collaborazioni istituzionali e gestionali sistematiche, nell'intento di ricomporre un'offerta frammentata, incerta nei suoi riferimenti istituzionali e perciò poco efficace.

L'attuazione delle disposizioni contenute nella legge regionale 22/1998, e soprattutto la realizzazione delle specifiche “azioni per l'integrazione socio-sanitaria”, richiedono la piena collaborazione a livello istituzionale e gestionale, con l'assunzione da parte della Regione di un ruolo fondamentale di regolazione e facilitazione dei relativi processi, come previsto dall'articolo 9 della stessa legge.

All'art. 8 c. 2 e all'art. 9 c. 2 della L.R. 22/98 l'espressione “il Consiglio Regionale” è sostituita dall'espressione “la Giunta regionale sentita la competente commissione consiliare”. All'art. 9 c. 3 l'espressione “del Consiglio Regionale” è sostituita dall'espressione “della Giunta Regionale”.

Più in particolare, l'azione integrata nella gestione dei servizi e nell'erogazione delle prestazioni dovrà realizzarsi:

a livello istituzionale, mediante l'approvazione di appositi accordi tra gli enti gestori dei servizi sociali e le Aziende USL, nei quali devono essere specificati gli obiettivi da raggiungere, le competenze specifiche e le risorse messe a disposizione per la gestione integrata dei servizi;

a livello gestionale, mediante l'adozione in ciascun Ambito sociale in cui è suddiviso il territorio regionale, del Piano di zona dei servizi sociali, alla cui predisposizione ed attuazione concorrono anche le Aziende USL, per gli interventi nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria, specie in quelle degli anziani non autosufficienti, dei minori e dei disabili.

LA REGOLAZIONE DEL SISTEMA

LA FUNZIONE DI REGOLAZIONE DEL SISTEMA: SOGGETTI E STRUMENTI

La riforma del S.S.N. avviata dai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 ha creato le premesse per la definizione di scenari del tutto nuovi nell'articolazione e nella organizzazione del S.S.N. e nella sua capacità di erogazione dei servizi da parte dei soggetti pubblici e privati, così da consentire al cittadino la libertà di scelta tra i diversi soggetti.

In tale nuovo quadro di riferimento assume particolare rilevanza il regime di competizione tra soggetti erogatori che operano all'interno del S.S.N., il quale, peraltro, combinato con il principio della libera scelta rischia di pregiudicare l'equilibrio finanziario del sistema.

In questo contesto, la Regione è chiamata ad esercitare un ruolo fondamentale di regolamentazione dell'offerta complessiva dei servizi correlati ai livelli assistenziali della popolazione, promuovendo una complementarità di interventi, da parte dei soggetti pubblici e privati, ed adeguando, di anno in anno, l'offerta complessiva delle prestazioni mediante lo strumento della negoziazione.

L'introduzione del sistema di pagamento degli ospedali sulla base di tariffe predeterminate per prestazione comporta l'esigenza di sviluppare, con l'obiettivo di ridurre l'alto tasso di ospedalità presente nella nostra Regione e di avviare soluzioni alternative al ricovero ospedaliero, idonei sistemi di controllo da parte della Regione e delle Aziende USL acquirenti, relativamente al comportamento degli erogatori, pubblici e privati, mediante l'analisi dei D.R.G. prodotti, con particolare riferimento all'appropriatezza dei ricoveri.

Al fine di individuare eventuali comportamenti che possono indurre ad un uso inappropriato della funzione ospedaliera, la Regione attiva semestralmente, anche su base campionaria e in forza degli elementi desunti dalle attività dell'Osservatorio Epidemiologico e di specifici protocolli di valutazione, controlli mirati a verificare l'esistenza o meno di tale fenomeno.

**AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO
DELLE STRUTTURE SANITARIE ED APPOSITI RAPPORTI****1) Riferimenti normativi**

- Art. 8, comma 4,5 del D.L.vo n.502/92 modificato dal D.L. n.517/1993;
- D.M. 15.4.1994: "Determinazione criteri generali per la fissazione delle tariffe
delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera";
- Art.6, comma 5,6 della Legge 23.12.94, n.724;
- Art.2, comma 7 e 8, della legge 28.12.95, n.549;
- Art.1, comma 32, della legge 23.12.96, n.662;
- D.P.R. 14.1.1997 "AIC in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio della attività sanitaria da parte delle strutture pubbliche e private;
- Corte Costituzionale - sentenza n.416 del 1995;
- Legge 30.11.98, n. 419.

I meccanismi di accesso al sistema di offerta dei servizi sono regolamentati dagli Istituti dell'Autorizzazione, dell'Accreditamento e dagli "Appositi Rapporti" che la AUSL intrattiene con i soggetti erogatori delle prestazioni, a mente dell'art.8 - comma 5 - del D.L.vo n.502/92 e sue successive modificazioni e integrazioni.

2) Definizioni**AUTORIZZAZIONE**

- È il provvedimento dell'autorità amministrativa competente che rende lecito l'esercizio dell'attività sanitaria da parte di un soggetto, pubblico e privato, in possesso dei requisiti minimi prestabiliti e verificabili;
- è posta a garanzia dell'interesse pubblico, che permane nel tempo ed è tutelato attraverso l'esercizio del potere di vigilanza sul soggetto autorizzato (periodica verifica del rispetto dei requisiti minimi)
- non abilita alla erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSN;

L'autorizzazione è concessa dalla Regione dopo aver verificato l'esistenza dei requisiti minimi previsti dal DPR del 14.1.97 concernente "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi, per l'esercizio delle attività sanitarie", recepito dalla Regione Abruzzo.

Affinché le strutture esistenti già autorizzate si adeguino ai requisiti minimi previsti dal DPR del 14.1.97 è concesso un periodo di tempo non superiore a 5 anni dalla data di pubblicazione del succitato DPR:

Con atto della Giunta Regionale vengono dettate le disposizioni circa i tempi e le modalità per l'adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, già autorizzate e in esercizio, ai succitati requisiti minimi, nel rispetto del periodo massimo di cui sopra.

Decorso tale termine, alle strutture che non si saranno adeguate verrà revocata l'autorizzazione.

La Regione Abruzzo nell'ambito dell'esercizio del proprio potere autorizzatorio, valuterà, oltre che l'accertamento dei requisiti minimi di cui al DPR 14.1.197, la coerenza delle richieste alle esigenze assistenziali regionali.

Le autorizzazioni già definite e riportate nella L.R. n.72/94, si intendono riferite a singole unità funzionali; qualora ne vengono proposte trasformazioni occorre una autorizzazione preventiva della Giunta Regionale.

Identica procedura verrà seguita nel caso di nuove autorizzazioni.

ACCREDITAMENTO

- è l'operazione attraverso la quale si riconosce alle singole strutture e ai singoli soggetti, già autorizzati, lo status di potenziale erogatore di prestazioni per conto del SSN;
- si attiva da parte dei soggetti individuati dal D.M. 15.4.1994, quali possibili erogatori del SSN:
- presupposto sostanziale dell'atto di accreditamento è la verifica del possesso da parte delle strutture o dei soggetti che ne hanno fatto richiesta di standards qualitativi predeterminati dalla Regione quali "ulteriori requisiti" rispetto a quelli minimi richiesti per l'autorizzazione, in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili.

Tali "ulteriori requisiti" dovranno essere individuati con atti della Giunta Regionale, entro i 90 giorni successivi alla data di pubblicazione del presente piano.

Nelle more della adozione dei provvedimenti regionali di accreditamento definitivo, i rapporti con le strutture di interesse sono regolati da specifiche norme transitorie che si trovano esplicitate nei capitoli di riferimento (di cui al presente piano).

Per la definizione dei requisiti per l'accREDITAMENTO, la Regione potrà avvalersi di consulenze esterne nominate dalla Giunta Regionale.

In ogni caso il regime dell'accREDITAMENTO provvisorio non potrà superare il limite temporale di un anno dalla data di pubblicazione del presente piano.

Nel quadro della definizione di un progressivo abbassamento del tetto di spesa determinato dalle tariffe per prestazioni della ospitalità privata, la Regione entro 90 giorni dall'approvazione del piano attua un processo di monitoraggio e valutazione delle stesse per verificare e praticare possibili margini di riduzione, tenendo conto anche delle tariffe in vigore nelle altre regioni e delle corrispondenti tariffe nel settore pubblico.

3. **Appositi rapporti**

(art.8 - comma 5 - del D.L.vo n.502/92 e del D.L.vo n.517/93)

- sono gli accordi contrattuali stipulati fra Azienda USL e singoli soggetti accreditati che regolano l'insieme dei termini di scambio tra S.S.N. e soggetto erogatore (tipologie e volume delle prestazioni, tariffe, modalità di pagamento, controlli, sanzioni);
- presuppongono che il soggetto accreditato accetti il sistema di remunerazione a prestazione e adotti il sistema di verifica e di revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.
- sono preceduti da piani annuali preventivi da parte della Regione e delle AUSL con i soggetti accreditati che stabiliscono, in via presuntiva, i volumi e i tetti di spesa riguardanti l'ambito regionale;
- sulla base degli "appositi rapporti" instaurati, le singole AUSL formano e pubblicano l'elenco dei soggetti che erogano prestazioni per conto del SSN, affinché gli assistiti possano esercitare, fra questi, la propria libera scelta.

La pubblicazione dell'elenco dovrà avvenire sul BURA, a seguito di apposito invio da parte delle USL, entro e non oltre 10 gg. dal ricevimento da parte dello stesso da parte dell'apposita struttura regionale.

Procedimento per la formazione del Piano Annuale preventivo

Il Piano preventivo annuale si compone delle seguenti fasi scandite nei tempi di seguito indicati:

- entro il 30 aprile dell'anno precedente a quello in cui avrà attuazione il Piano Annuale, la Giunta regionale fissa i livelli di spesa per le prestazioni sanitarie erogabili nell'anno successivo dalle strutture pubbliche e private;
- entro il 30 giugno dell'anno precedente a quello in cui avrà attuazione il Piano Annuale, il Direttore Generale delle AUSL farà pervenire al Settore Sanità apposito atto indicante il volume presunto delle prestazioni e la spesa relativa connessi alle necessità assistenziali per l'anno successivo, in relazione ad ogni singola tipologia di attività ed alle strutture disponibili di ciascun soggetto erogatore. I Direttori Generali presentano, altresì, entro la stessa data "progetti - obiettivo" finalizzati al recupero della eventuale mobilità negativa regionale, al fine di favorire la permanenza in Abruzzo degli assistiti, fino al recupero totale della mobilità passiva;
- entro il 30 settembre dell'anno precedente a quello in cui avrà attuazione il Piano annuale, l'Assessorato Regionale alla Sanità, sentite le Organizzazioni di Categoria e d'intesa con le aziende USL, propone alla Giunta Regionale il piano preventivo annuale;
- La Giunta Regionale entro il 31 ottobre dell'anno precedente a quello in cui avrà attuazione il Piano annuale preventivo, adotta il Piano annuale. Non rientrano nel budget annuale i ricoveri ospedalieri di assistiti provenienti da altre Regioni. Qualora entro il 30 novembre tale piano non sia stato approvato, l'Azienda USL procede autonomamente a definire i rapporti

negoziali con le strutture che devono in ogni caso concludersi entro e non oltre il 15 dicembre. In caso di inadempienza la Giunta regionale provvede, previa diffida, alla nomina di apposito Commissario ad acta;

- I Direttori Generali delle Unità Sanitarie Locali, nell'ambito del bilancio pluriennale dell'Azienda, al fine di favorire la programmazione della spesa sanitaria prevedono i tetti di spesa afferenti l'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate.
- La Giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione sullo stato di attuazione del Piano.

Definizione dei rapporti

Il Direttore Generale della AUSL, in relazione alle previsioni del Piano annuale preventivo o in sua mancanza, contatta le strutture accreditate e negozia l'acquisto di prestazioni valutando la quantità e la convenienza dell'offerta e sottoscrive appositi atti negoziali con ogni singola struttura.

La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le AUSL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli appositi accordi e del budget annualmente definito.

La negoziazione deve concludersi entro il 31.12. dell'anno precedente a quello in cui avrà attuazione il piano aziendale preventivo.

Le strutture private che non concludono la negoziazione restano accreditate, ma non accedono al finanziamento del FSR per l'anno di riferimento.

Per l'anno 1999, al fine del contenimento della spesa ospedaliera, in relazione alla rideterminazione della rete ospedaliera privata e per favorire il processo di sviluppo della sanità sul territorio, il tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate è fissato in misura pari alla spesa sostenuta nell'anno 1998 al netto della spesa per mobilità sanitaria extra regionale dell'anno precedente, decurtata del 13%. e del 15% per il successivo biennio.

Disciplina transitoria

Nell'anno di entrata in vigore del presente Piano il procedimento di formazione del Piano preventivo annuale si conclude entro il 31.11. Entro il mese successivo la AUSL definisce la negoziazione anche se il Piano preventivo annuale non è approvato. Non si procede a negoziazione se per l'anno di riferimento essa è stata già definita.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

La erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale viene affidata a diverse strutture tipologiche:

- Presidi pubblici nell'ambito del D.S.B.
- Ambulatorio e Poliambulatorio specialistici privati accreditati.

In riferimento all'obiettivo generale di assicurare livelli essenziali di assistenza sanitaria, vengono di seguito fissate le indicazioni riguardanti gli standards di organizzazione e di attività dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nel rispetto del pluralismo delle istituzioni e l'ampliamento della sfera della libera scelta, da conciliare con il limite oggettivo delle disponibilità finanziarie del sistema.

1) Strutture eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriali, siano esse pubbliche che private, devono essere in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi contenuti nel D.P.R. 14.1.1997 " Approvazione dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie". Nell'ambito dell'attività ambulatoriale pubblica e consultoriale deve essere utilizzato prioritariamente il personale assunto ai sensi dell'art. 34 della Legge 449/97.

Nelle more della definizione degli "Ulteriori requisiti" per l'accreditamento di dette strutture rimangono provvisoriamente accreditate le strutture specialistiche private già convenzionate al 1.1.1993 ai sensi dell'art. 6 - comma 6 - della Legge n. 724/94. Con tali strutture la Giunta regionale fissa di anno in anno i piani annuali delle prestazioni (volumi di attività e spesa) come previsto dall'art. 32 comma 1° della legge n.662/1996.

2) Un proprio autonomo adeguato sistema tariffario dovrà meglio soddisfare le diverse esigenze locali legate al diverso modo di organizzare le strutture erogatrici delle prestazioni; nelle more di adozione del relativo provvedimento, si applica il D.M. 22.7.96 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del S.S.N. e relative tariffe" secondo i criteri definiti dall'art. 2, comma 9, della legge 28.12.1995, n. 549.

Chiunque intende aprire, trasformare, ampliare o trasferire in altra sede strutture o relative attività di stabilimenti di Fisiokinesiterapia o Terapia Fisica, di Laboratori di Analisi, di Laboratori di Diagnostica per Immagini, di Laboratori di Medicina Nucleare e di Poliambulatori deve inoltrare domanda al Presidente della Giunta Regionale per il tramite della AUSL, competente per territorio, che provvede alla relativa istruttoria.

La AUSL provvede, dopo aver accertato la regolarità tecnico amministrativa della documentazione presentata e il possesso dei requisiti minimi di cui al D.P.R.

14.1.1997, a trasmettere gli atti alla Giunta Regionale - Settore Sanità - Igiene e Sicurezza Sociale per le definitive determinazioni.

Per quanto concerne la verifica della compatibilità del numero delle strutture da autorizzare, in ordine alle carenze per ogni singola tipologia, deve essere fatto riferimento al territorio della AUSL nei limiti del rapporto di una struttura per ogni 20.000 abitanti, salvo che per le zone disagiate per condizioni orogeografiche e di viabilità ordinarie che dovessero rendere difficoltoso l'accesso alle strutture scelte dall'utente.

In ogni caso non può essere consentita l'autorizzazione all'esercizio o al trasferimento di strutture in aree distrettuali della AUSL stessa già pienamente soddisfatte da altri presidi pubblici o privati, secondo l'indicato rapporto 1/20.000 abitanti, ad eccezione di quelle strutture che andranno ad operare in zone territoriali disagiate.

Per quanto concerne i poliambulatori non devono essere conteggiati, ai fini del raggiungimento del grado di saturazione previsto, i poliambulatori inseriti nei presidi ospedalieri pubblici in quanto sforniti dell'autonomia organizzativa e strutturale tipiche dei Presidi poliambulatoriali, né i cc.dd. "poliambulatori" censiti nell'ambito della organizzazione delle case di Cura Private costituiti da una serie di servizi, taluni di natura assistenziale (ex artt. 23 e 24 della L.R. n. 85/89), e altri facoltativi ed aggiuntivi ricompresi nel rapporto convenzionale (o "di accreditamento") ed altri infine svolgenti attività meramente interna a servizio e in collegamento con le discipline praticate nelle Case di Cura.

Non è soggetta ad autorizzazione l'attività di terapia fisica disimpegnata nel proprio studio dal professionista abilitato in via diretta e senza l'ausilio di collaboratori, avvalendosi anche di strumentazione non complessa complementare all'esercizio dell'attività professionale quale: elettroterapia, termoterapia, idroterapia e comunque laddove non è necessaria la presenza di un medico.

Al fine di evitare commistione di interessi tra laboratori di analisi, di radiologia e/o di fisiochinesiterapia accreditati e studi di medici di base o specialisti operanti convenzionati, espressamente si fa divieto della coesistenza, nella medesima struttura ospitante, di ambienti comuni quali le sale d'aspetto. Laddove, invece, le strutture ospitanti dovessero interessare laboratori come sopra individuati ed ambulatori o poliambulatori privati non convenzionati, detto divieto di coesistenza delle sale d'aspetto non vige, sempre nel rispetto delle norme generali che ne regolano l'uso.

INNOVAZIONI GESTIONALI

Nell'ambito delle scelte programmatiche, degli obiettivi e degli indirizzi regionali, l'Azienda Sanitaria è in condizione di individuare in piena autonomia aree e progetti di intervento aventi una significativa valenza in termini di miglioramento dell'efficienza e della qualità del servizio.

Ai fini del miglioramento dei servizi, un criterio - guida che merita di essere seguito ed approfondito è quello di concentrare l'attenzione sulla missione specifica dell'Azienda e adottare, anche in via sperimentale, forme di gestione *esterna* per le attività strumentali e di supporto che di innovazioni tecnologica.

Gli effetti di miglioramento gestionale sono legati alla possibilità di concentrare l'attività aziendale in modo prioritario sulle finalità a contenuto tecnico - sanitario proprie dell'Ente, mentre le funzioni strumentali e di supporto, per loro natura generiche in quanto comuni a più realtà organizzative, possono essere assicurate con maggiore efficienza e secondo livelli di qualità più elevati, facendo ricorso ad organizzazioni professionali specializzate presenti sul mercato.

Possono inoltre individuarsi interventi destinati a coinvolgere più aziende sanitarie ed altri Enti pubblici e privati per la realizzazione di programmi comuni e/o coordinati dai quali possono derivare processi di razionalizzazione - innovazione dell'assetto organizzativo delle aziende interessate e di miglioramento complessivo dell'attività.

Le forme di intervento possono essere:

- **la costituzione di società a partecipazione mista.**
- **la costituzione di consorzi fra aziende e con altri Enti pubblici e privati con possibilità di gestione anche mediante organizzazioni non lucrative di utilità sociale (O.N.L.U.S.) o fondazioni di partecipazione.**
- **il ricorso a convenzioni fra Enti diversi.**
- **gli accordi di programma.**

L'AGENDA DEGLI ADEMPIMENTI

Il complesso delle attività e degli interventi delineati nel presente Piano troverà un'attuazione, nei tempi e nelle modalità, nel corso del periodo di validità dello stesso, distinguendo peraltro gli adempimenti posti a carico dell'Amministrazione regionale e quelli a carico delle Aziende Sanitarie Locali.

● - I TEMPI

1. **Riorganizzazione dell'Assessorato regionale alla Sanità.** E' tra i primi compiti richiesti per la messa a regime del Piano e di tutti i compiti di politica sanitaria regionale e si deve concludere entro 60 gg. dall'approvazione del Piano;
2. **Autorizzazione, accreditamento, certificazione** delle strutture sanitarie pubbliche e private;
3. **Osservatorio Epidemiologico Regionale.** Operatività della struttura entro 180 gg. dall'approvazione del Piano;
4. **Agenzia Sanitaria Regionale.** Costituzione della struttura successivamente alla riorganizzazione dell'Assessorato alla Sanità;
5. **Riorganizzazione della rete ospedaliera** e rientro nell'indice del 5,5/000 posti-letto entro il 31.12.1999;
6. **Piano straordinario di investimenti in edilizia sanitaria** nei tempi previsti dal provvedimento di approvazione del Ministero della Sanità;
7. **Attivazione della rete di informatizzazione,** di collegamento tra i diversi punti della rete entro il triennio di Piano;
8. **Nomina ed insediamento delle Commissioni regionali** previste dal Piano entro 60 gg. dall'approvazione del Piano;
9. **Introduzione della tessera sanitaria** regionale in termini modulari, anche sulla base degli adempimenti ministeriali,
10. **Convocazione della Conferenza regionale sullo stato di salute della popolazione e dei servizi sanitari** entro il 31.12.1999.

● - GLI STRUMENTI

L'attuazione del presente Piano avviene con Deliberazioni della Giunta Regionale.

Gli atti fondamentali di attuazione del Piano Sanitario Regionale o proposte di modifica dello stesso, devono essere oggetto di informazione preventiva alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Qualora le parti ritengono necessario procedere ad ulteriori approfondimenti su un determinato argomento è possibile attivare eventuali confronti e/o concertazioni. Almeno due volte all'anno si

procederà ad una verifica, a livello regionale, l'Assessore alla Sanità, i Direttori Generali delle USL e le OO.SS. maggiormente rappresentative, sullo stato di attuazione del presente piano.

Sono altresì attribuiti alla Giunta regionale le competenze in materia di :

- nomina dei rappresentanti regionali negli Organi consultivi nazionali;
- adempimenti afferenti alle procedure concorsuali per l'ammissione al Corso di formazione specifica in Medicina Generale e adozione del relativo Piano per l'attuazione del Corso biennale;
- affidamento di rapporti convenzionali e di consulenza a singoli soggetti esterni;
- adozione dei piani annuali di formazione delle professioni sanitarie, di cui commi 2° e 3° dell'art. 6 del D.L.vo 502/1992, e successive modificazioni e integrazioni.

● - **LE RISORSE**

Mentre si rinvia ai capitoli che affrontano espressamente il finanziamento del S.S.R., si richiamano qui sinteticamente le fonti di finanziamento regionale del S.S.R.:

- quota di F.S.N. attribuito alla Regione Abruzzo;
- eventuali integrazioni del F.S.R. disposte dalla Regione stessa.

● - **AGGIORNAMENTO NORMATIVO**

Entro il triennio di validità del Piano si procederà ad una revisione di tutta la normativa in materia sanitaria prodotta dalla Regione Abruzzo dalla sua istituzione, e alla messa a punto di un "testo unico" da sottoporre all'approvazione del Consiglio Regionale.

Gli assetti organizzativi e gli obiettivi di funzionamento dei servizi di cui al presente Piano Sanitario Regionale, per le parti non compatibili con i contenuti derivanti dalla evoluzione del quadro normativo nazionale conseguente al Decreto Legislativo adottato dal Governo in applicazione delle delega di cui alla legge n° 419/98, saranno adeguati dalla Giunta Regionale, sentita la competente Commissione Consiliare, con propri provvedimenti da assumere entro 180 giorni dalla entrata in vigore del Decreto Legislativo stesso, secondo le procedure ivi stabilite.

● - **VALUTAZIONI E CONTROLLI**

La valutazione dei risultati conseguiti al termine del triennio del PSR 1999 - 2001 sarà condotta sui seguenti versanti :

1. Valutazione delle condizioni di vita e di salute della popolazione abruzzese, sia in ordine ad un abbassamento degli indici nosografici più significativi di morbosità e di mortalità in linea con i trend nazionali, sia in ordine ad una

riduzione della mortalità evitabile nelle aree afferenti ad un miglioramento degli stili di vita, dell'adeguamento della prevenzione e della diagnosi precoce e dell'appropriatezza delle cure;

2. Valutazione del conseguimento dei risultati strutturali ed organizzativi previsti dal P.S.R. nei suoi diversi comparti e lo sviluppo delle iniziative di cui agli obiettivi strategici;

3. Allocazione delle risorse finanziarie ai diversi livelli essenziali di assistenza in misura coerente con gli indicatori nazionali ed in riferimento ai livelli di spesa del 1997, tenendo presenti i seguenti macroaggregati :

a. la riduzione della spesa ospedaliera almeno di un punto percentuale e la riduzione del 13% della quota di spesa per la ospedalità privata;

b. la riduzione di un punto percentuale della spesa farmaceutica;

c. l'aumento della spesa per l'assistenza sanitaria di base almeno di mezzo punto percentuale;

d. destinazione di almeno un punto percentuale per la partecipazione alla gestione delle RSA;

e. utilizzazione del 6,5% della quota di FSR attribuita alle Aziende per la prevenzione e l'educazione alla salute;

f. utilizzazione almeno di un punto percentuale per attività di formazione, di investimenti in tecnologia avanzata, in ricerca applicata ed epidemiologica nel settore pubblico.

4. Allestimento e attuazione di metodologie per la verifica della qualità delle prestazioni e del grado di soddisfacimento dei bisogni e delle aspettative dell'utenza, nonché della predisposizione della "Carte dei Servizi" e della loro verifica.

I parametri sopra indicati costituiscono obiettivi per i Piani strategici delle Aziende Sanitarie Locali ed elementi per la valutazione periodica dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende.

Parte Terza
LE ATTIVITA' QUALIFICANTI

■ - L'ASSESSORATO ALLA SANITA'

Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale ha significato nei fatti una vera e propria rivoluzione nel settore della sanità in generale e della sanità pubblica in particolare rispetto al quadro organizzatorio, gestionale e funzionale del preesistente sistema sanitario.

E che si tratti di una vera e propria rivoluzione lo dimostra agevolmente l'impatto visivo con il D. L.vo 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni, che evidenzia immediatamente come il riordino attuato dal provvedimento non si sia limitato al solo assetto istituzionale, attraverso l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e il sistema di finanziamento di esse, attuato in modo diametralmente opposto a quello sino ad allora seguito, ma abbia coinvolto altri aspetti, forse meno eclatanti del sistema, ma non per questo meno importanti sul piano pratico: il regime concorrenziale pubblico-privato in sanità ed il conseguenziale problema dell'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private all'interno del circuito del S.s.n. nonché la posizione di rilevante centralità assunta dalla classe medica nel quadro generale di riforma del sistema.

Ove si volesse analizzare in termini generali il nuovo assetto organizzativo e gestionale del S.s.n., si evidenzerebbe il fatto che esso risponde ad una ottica ormai consolidata in tema di interventi governativi finalizzati ad una razionalizzazione e riorganizzazione di un settore della P.A. formata da processi attuativi di grande flessibilità e da una non indifferente pluralità dei livelli di interazione normativa: Parlamento, Governo, Ministero della Sanità a livello centrale; Consiglio Regionale a livello periferico.

Di conseguenza, la nuova organizzazione sanitaria è disciplinata da un articolato sistema di normazione secondaria che consente di ritagliare in dettaglio tale modello al fine di adeguarlo alle particolari esigenze locali, con possibilità di differenziazione, anche sul medesimo territorio regionale, di distinte soluzioni operative.

Nell'ambito di questo nuovo quadro c'è la forte competenza della Regione che deve tradurre in concreto il nuovo assetto organizzatorio.

La Regione è stata chiamata in causa quale destinataria di specifiche competenze che vanno ad integrare quelle già esistenti e a configurare un complesso di compiti davvero cospicuo.

In particolare, l'art. 2 del D. L.vo 502/92 stabilisce che spettano alle regioni le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera; in particolare, spettano alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità

sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Per conseguire questi obiettivi è necessaria una diversa riorganizzazione del Settore Sanità che costituisce presupposto indispensabile per poter dare puntuale attuazione al nuovo sistema sanitario.

L'esperienza vissuta ha dimostrato l'inadeguatezza dell'attuale modello organizzativo sia in termini numerici che di corrispondenza di funzioni.

E' necessario, pertanto, un cambiamento che tenga conto dei punti critici che hanno condizionato l'operatività e quindi l'efficienza del modello fino ad ora seguito.

Oggi i poteri decisionali sono spesso mal identificati, dipende in genere dalla preparazione e professionalità dei singoli dirigenti essere o meno figure reali di riferimento.

Si impone, dunque, la necessità di affrontare il complesso problema dell'adeguamento del sistema organizzativo del Settore, nelle sue diverse articolazioni, ai cambiamenti che si devono realizzare in sanità. Cambiamenti organizzativi che per dare risultati concreti devono essere coerenti con la nuova logica aziendale del sistema sanitario.

Alla luce del nuovo disegno di legge regionale afferente la nuova organizzazione amministrativa della Regione, il Settore Sanità va organizzato in Servizi ed Unità Operative.

I Servizi sono unità organizzative complesse dotate di autonomia gestionale e vengono individuati sulla base di specifiche funzioni omogenee. Ad ogni Servizio è preposto un dirigente.

Le Unità Operative organiche sono unità organizzative elementari costituite nell'ambito dei servizi, per l'espletamento di funzioni ed atti che, in relazione alla specificità dei compiti, necessitano di strutture organizzative snelle ed omogenee. Ad ogni Unità Operativa è preposto un responsabile di VIII qualifica funzionale.

I Servizi e le Unità Operative organiche sono istituiti, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente piano, con provvedimento della Giunta Regionale su indicazioni del Coordinatore del Settore Sanità.

Spetta ugualmente alla Giunta Regionale, sulla base delle indicazioni fornite dal Coordinatore, in relazione alle risultanze dei carichi di lavoro, l'individuazione delle altre qualifiche funzionali da assegnare al suddetto Settore, con la specificazione dei relativi profili professionali.

Qualora tra il personale regionale non vi siano dipendenti in possesso dei profili professionali individuati, si procederà mediante assunzione a tempo determinato del personale necessario, per periodi non inferiori a 12 mesi, rinnovabili, nelle more che la Regione provveda all'espletamento delle procedure concorsuali.

In attuazione delle statuizioni previste dal presente P.S.R. ed al fine di consentire l'immediata attuazione operativa delle funzioni indispensabili per l'esercizio dei compiti istituzionali, sono istituiti con la presente legge presso il Settore Sanità il Servizio "**OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE**" ed il Servizio "**EDILIZIA SANITARIA**".

Al **Servizio Osservatorio Epidemiologico Regionale** sono attribuite le seguenti funzioni:

- raccolta e valutazione delle informazioni concernenti lo stato di salute della popolazione regionale;
- raccolta e valutazione delle informazioni concernenti la distribuzione delle malattie e di loro determinanti;
- raccolta e valutazione delle informazioni concernenti la sanità animale;
- raccolta e valutazione delle informazioni concernenti i dati farmacologici;
- raccolta e valutazione dei dati epidemiologici sui rischi e danni da lavoro;
- formulazione di proposte per programmi di intervento sulla base delle evidenze epidemiologiche prodotte;
- informazione per le autorità sanitarie e la popolazione delle evidenze prodotte;
- promozione e partecipazione ai programmi di formazione e di aggiornamento sui temi dell'Epidemiologia.

Sono risultati attesi dall'O.E.R. la disponibilità corrente di informazioni epidemiologiche necessarie a supportare ogni atto di programmazione e di controllo nonché, nelle aree montane con significativo spopolamento ed invecchiamento della popolazione, lo studio e la individuazione di macroaree, nell'ambito della AUSL di appartenenza, con autonoma e ben definita strutturazione programmatica.

L'attività dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (O.E.R.), che deve essere operativa entro e non oltre 6 mesi dall'entrata in vigore del presente Piano, si sviluppa mediante la raccolta e l'elaborazione sistematica di tutti i dati concernenti lo stato della popolazione abruzzese, le condizioni di salute, gli indici di morbosità e di mortalità, la promozione ed il coordinamento di registri regionali specifici concernenti manifestazioni patologiche congenite ed acquisite i dati farmacologici, nonché la popolazione veterinaria e lo stato degli allevamenti della regione.

Le funzioni inerenti l'attività di sorveglianza epidemiologica di sanità pubblica veterinaria vengono assolte dal Centro Epidemiologico, già funzionante ai sensi della L.R. 14.8.1981, n. 33, presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G.Caporale", che sarà funzionalmente collegato con l'O.E.R.

L'O.E.R. si collega funzionalmente con gli altri Osservatori Epidemiologici delle altre Regioni, con gli organismi nazionali e internazionali referenti nella stessa attività, con l'istituenda Agenzia Regionale per la tutela dell'ambiente.

L'O.E.R. si articola in Unità Operative per lo svolgimento delle diverse attività previste per l'attivazione di un sistema di sorveglianza delle malattie infettive.

L'O.E.R. può avvalersi della collaborazione delle Università Abruzzesi, degli Enti e delle Istituzioni pubbliche e private di riconosciuto prestigio esistenti in Regione con le quali si possono stipulare convenzioni o alle quali si possono commissionare indagini e ricerche.

All'O.E.R. vengono assegnati dipendenti regionali in possesso dei seguenti profili: medico, farmacista, veterinario, igienista, statistico, informatico, nonché il necessario personale di supporto per il funzionamento dello stesso e comunque in numero complessivo non inferiore a 15 nonché i necessari supporti telematici per il collegamento con la rete informatica regionale e per la raccolta e l'elaborazione dei dati.

Alla direzione dell'O.E.R. viene assegnato un dirigente regionale in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia e del diploma di specializzazione in igiene, epidemiologia e sanità pubblica.

Nell'ipotesi in cui tra il personale regionale non vi siano dipendenti in possesso dei profili sopra indicati, si procederà mediante assunzione a tempo determinato del personale necessario, per periodi non inferiori a dodici mesi, rinnovabili, nelle more che la Regione provveda all'espletamento delle procedure concorsuali.

Al responsabile dell'O.E.R. viene annualmente attribuito con provvedimento di Giunta regionale un budget per la pubblicazione, con periodicità almeno semestrale, dei risultati del lavoro dell'O.E.R.

Il "Programma Straordinario di Investimenti" di cui all'art.20 della legge 67/1988 e più in generale la predisposizione dei programmi in materia di "Edilizia Sanitaria", come ad esempio quelli riferiti alle strutture sanitarie territoriali (D.S.B., R.S.A., Poliambulatori, Consultori, ecc.), a quelle ospedaliere (completamento dei P.O., messa a norma, sicurezza, umanizzazione, ecc.) ed a quelle aventi finalità specifiche e mirate (AIDS, Settore Materno Infantile, ecc.), rende necessario costituire una apposita struttura regionale che provveda all'espletamento dei compiti sopra indicati. A tal proposito è istituito il "**Servizio Edilizia Sanitaria**"

Competenze

Al Servizio Edilizia Sanitaria sono attribuite le seguenti fondamentali funzioni:

- catalogazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private
- predisposizione dei piani di intervento settoriale d'interesse regionale
- monitoraggio, verifica e controllo dello stato di attuazione dei programmi
- gestione delle risorse finanziarie (statali e regionali)

Organizzazione e personale

Il Servizio si articola, per lo svolgimento delle diverse attività derivanti dalle funzioni assegnate, in tre Unità Operative la cui responsabilità va affidata a Funzionari regionali in possesso dei seguenti profili professionali: Funzionario Architetto e/o Ingegnere, Funzionario Amministrativo, Funzionario Economista.

**■ AGENZIA SANITARIA REGIONALE ABRUZZO
"ASR - ABRUZZO"**

■ - Finalità, istituzione e sede

Con deliberazione della Giunta Regionale è istituita l'Agazia Sanitaria Regionale dotata di personalità giuridica pubblica, con sede a Pescara presso l'Assessorato alla Sanità, ed avente autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile e gestionale.

L'Agazia concorre al perseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale assicurando supporto tecnico-scientifico e di consulenza al Settore Sanità. Detta attività di supporto e di consulenza può essere assicurata anche alle Aziende Sanitarie della Regione ed alle Istituzioni e agli Enti pubblici e privati, che prestano attività sanitaria.

L'Assessore Regionale alla Sanità verifica ed accerta la rispondenza dell'attività dell'Agazia Sanitaria Regionale agli obiettivi assegnati.

■ - Compiti

All'Agazia sono attribuiti i seguenti compiti:

a) elaborazione dei dati e delle informazioni sulle attività del Servizio Sanitario Regionale, monitoraggio dei livelli di assistenza erogati dalle Aziende Sanitarie Locali della Regione;

b) fornitura dei supporti conoscitivi, tecnici e di consulenze necessari alla programmazione regionale;

c) elaborazione e definizione di standard e metodologie funzionali alla elaborazione di proposte regionali per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale;

d) elaborazione dei criteri e loro verifica per la certificazione delle strutture sanitarie regionali, anche al fine di definire le tariffe delle prestazioni sanitarie;

e) controllo e valutazione delle prestazioni (SDO)

f) assicurare il costante monitoraggio della sussistenza dei requisiti di accreditamento delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie;

g) studio di modelli procedurali e gestionali innovativi, ivi compresi quelli attinenti al sistema dei bilanci e della contabilità economica, ai criteri di controllo dell'impiego delle risorse finanziarie, all'introduzione di indicatori di efficienza, di efficacia, di economicità e di qualità;

h) effettuare, in base a convenzioni e commesse remunerate studi e ricerche in tema di sanità per conto di strutture pubbliche e private.

■ - Organi

Sono organi dell'Agazia il Direttore Generale ed il Collegio dei Revisori dei Conti.

■ - Il Direttore

Il Direttore è nominato con deliberazione della Giunta Regionale, su proposta del Componente la Giunta preposto al Settore Sanità, scelto tra dirigenti pubblici o privati, con esperienza almeno quinquennale di attività di direzione, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, in possesso del diploma di laurea e di conoscenze e competenze tecnico-amministrative in campo sanitario di elevato livello.

Il rapporto di lavoro con il Direttore è disciplinato con contratto di diritto privato di durata triennale; alla scadenza del triennio la nomina può essere rinnovata per una sola volta, su proposta dell'Assessore alla Sanità, motivata con riferimento all'eccellenza dei risultati raggiunti.

La Giunta Regionale può revocare in qualsiasi momento l'incarico di Direttore dell'Agenzia su proposta del componente la Giunta che ha provveduto alla designazione.

Il Direttore esercita tutti i poteri di gestione dell'Agenzia ed assume la rappresentanza di essa.

Trovano applicazione nei confronti del Direttore dell'Agenzia le incompatibilità di cui al comma 9 dell'art. 3 del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

■ - Il Collegio dei Revisori dei Conti

Il Collegio dei revisori dei conti dura in carica tre anni ed è composto da tre membri designati dal Componente la Giunta preposto al Settore Sanità, scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'art. 1 del Decreto L.vo 27 gennaio 1992, n. 88. Ai componenti il Collegio dei revisori compete un gettone di presenza onnicomprensivo di £. 300.000 per ogni seduta.

Il Direttore dell'Agenzia nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il Presidente del Collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta.

Il Collegio dei revisori verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed il conto consuntivo. Il Collegio accerta, almeno ogni trimestre, la consistenza di cassa e può chiedere notizie al Direttore sull'andamento dell'Agenzia.

■ - Organizzazione

L'Agenzia si articola in sezioni, corrispondenti ai settori di attività in precedenza individuati cui sono preposti i dirigenti.

Le sezioni sono organizzate per funzioni omogenee, secondo modalità di lavoro dipartimentale, al fine di assicurare l'interconnessione tra le diverse aree di attività e di intervento.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti dal Direttore dell'Agenzia.

L'Agenzia si avvale di personale comandato sia dalla Regione che dalle Aziende USL nonché di personale assunto con contratto di diritto privato a tempo determinato, esperto in campo sanitario scelto d'intesa con il Componente la Giunta preposto al Settore Sanità, nel limite complessivo massimo di n.20 unità. Con deliberazione del Direttore dell'Agenzia verranno indicate, nel limite massimo di cui sopra, le varie figure professionali necessarie per il funzionamento dell'Agenzia stessa.

Il comando è disposto, su richiesta dell'interessato, dal Direttore dell'Agenzia previo nullaosta dell'Ente di appartenenza del personale interessato.

Al personale comandato verrà corrisposto durante il comando lo stesso trattamento economico complessivo in godimento presso l'Ente di appartenenza.

Al Direttore dell'Agenzia ed al personale assunto con contratto di diritto privato si applica il disposto dell'art. 3, comma 8, del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

■ - Risorse finanziarie e controlli

L'Agenzia è dotata di apposite risorse finanziarie definite annualmente dalla Giunta Regionale sulla base degli obiettivi assegnati ed iscritto in un apposito capitolo del bilancio regionale gravante sul fondo sanitario regionale e può contare anche su entrate derivanti dalla fornitura di prestazioni e servizi ad Enti pubblici e privati.

Il Direttore dell'Agenzia si avvale di un nucleo di valutazione, composto secondo le modalità di cui all'art. 20, comma 4, del D. L.vo 29/93 e successive modificazioni ed integrazioni, con il compito di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Il nucleo determina periodicamente, anche su indicazione del Direttore dell'Agenzia, i parametri di riferimento del controllo.

Ai dirigenti si applicano le disposizioni di cui all'art. 20 del D. L.vo 29/93 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il Direttore dell'Agenzia invia semestralmente all'Assessore alla Sanità una relazione sull'attività svolta.

Annualmente il componente la Giunta preposto al Settore Sanità riferisce sui risultati dell'attività alla Giunta Regionale.

Il Direttore cura l'invio alla Giunta Regionale, per la relativa approvazione, del bilancio di previsione e conto consuntivo con allegate relazioni dell'organo di gestione e del Collegio dei Revisori dei Conti.

■ - IL PERSONALE DELLE USL

Nell'ambito del Piano Sanitario Regionale per il triennio 1994-1996 (L.R. n. 72/94) sono stati dettati i criteri per la determinazione delle dotazioni organiche delle Unità Sanitarie Locali.

Nel corso dell'anno 1996 tutte le U.S.L. della Regione hanno provveduto all'adozione delle nuove piante organiche a seguito della rilevazione dei carichi di lavoro.

In relazione a quanto previsto dalla normativa nazionale ed in considerazione dell'assetto organizzativo e dei livelli di produttività dei Servizi, le U.S.L. devono provvedere entro il 30 settembre 1999 ad una rivisitazione delle proprie dotazioni organiche, secondo le modalità indicate nell'art. 6 del D. L.vo 29/93 e successive modificazioni ed integrazioni. Il mancato adempimento di quanto sopra richiesto sarà oggetto di valutazione ai fini dell'accertamento dei risultati gestionali delle U.S.L.

Al termine del processo di riorganizzazione le Aziende devono procedere alla copertura dei posti vacanti, con la necessaria gradualità ed avendo riguardo alle compatibilità economiche, al fine di poter soddisfare le esigenze assistenziali.

Si riafferma, infine, il principio della contrattazione sindacale a livello aziendale per quanto concerne la politica del personale e dell'organizzazione del lavoro. Le scelte effettuate a livello di contrattazione aziendale saranno oggetto di confronto e verifica presso le strutture individuate quali centri di spesa dalla L.R. 146/96.

■ - LA PREVENZIONE

ANALISI DELLA SITUAZIONE

Il primo livello uniforme di assistenza (assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro) si presenta come uno dei più critici rispetto alla risposta ai bisogni del territorio regionale.

Il PSR 1994-96 si limitava ad enunciare la costituzione dei Dipartimenti di Prevenzione, inserendo al loro interno i Servizi previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 502/92, così come modificato dal D.Lgs. 517/93, ai quali si veniva ad aggiungere il Servizio di Medicina delle Comunità, prevedendo la figura di coordinatore del Dipartimento. Non venivano, in quella sede, emanate linee guida per l'organizzazione del Dipartimento, la definizione delle funzioni dei singoli Servizi, i livelli di integrazione all'interno del Dipartimento, tra Dipartimento e altre strutture dell'Azienda USL, tra Dipartimento ed altre strutture esterne.

Questa carenza ha fatto sì che ciascuna Azienda abbia costruito un proprio Dipartimento di Prevenzione, con organizzazione, funzioni, livelli di integrazione diversi rispetto alle altre.

Peraltro, nel triennio si sono verificate profonde modificazioni del quadro normativo, con incremento delle funzioni dei Servizi di prevenzione in virtù del recepimento delle norme comunitarie in materia di prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro, in materia alimentare e veterinaria. È in via di definizione il nuovo assetto legislativo regionale in materia di protezione dell'ambiente, che, con la istituzione dell'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente, porrà fine ad un lungo periodo di incertezza iniziato con il Referendum del 1993 e l'emanazione della Legge n. 61/94

E' giunto quindi il momento per la Regione Abruzzo di assolvere pienamente al ruolo di coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione previsto dall'art. 7 del D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 517/93, emanando linee guida su assetto organizzativo, funzioni, livelli di integrazione, che consentano, nel triennio, di rendere uniforme il sistema di prevenzione delle Aziende USL nell'ambito regionale e di inserire i Dipartimenti e i singoli Servizi nel più ampio sistema a rete che comprende, oltre alle Aziende USL, i Comuni, le Province, la Regione, l'Istituto Zooprofilattico sperimentale, l'istituenda ARTA, l'INAIL, gli organi periferici del Ministero del Lavoro, ecc.

Tutte le disposizioni precedentemente emanate dalla Regione Abruzzo in relazione alle attività di prevenzione primaria collettiva, che siano in contrasto con i contenuti del presente Piano, si intendono abrogate e da esso sostituite.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: DEFINIZIONE E FUNZIONI

Il Dipartimento è lo strumento per la realizzazione dell'integrazione di funzioni tra loro affini o complementari, anche se afferenti a contesti organizzativi diversi. Il Dipartimento di Prevenzione (DIP) è la macrostruttura dell'Azienda USL preposta all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute della popolazione, attraverso azioni finalizzate a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è esposta a rischio.

Attraverso il DIP si realizza la gestione e il coordinamento di operatori appartenenti a diverse discipline, che si integrano fra loro sulla base delle necessità, per garantire gli interventi previsti nel primo livello uniforme di assistenza con la più alta professionalità possibile e la massima completezza dell'intervento preventivo, ottimizzando l'uso delle risorse.

I compiti istituzionali vengono svolti su mandato o vengono programmati autonomamente.

Per il raggiungimento dei suoi fini istituzionali, il DIP si avvale delle seguenti funzioni:

- a) la valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione, attraverso la pianificazione, gestione e valutazione dei sistemi informativi pertinenti;
- b) la prevenzione, la verifica e il controllo dei fattori di rischio (fisici, chimici, biologici, impiantistici e comportamentali) negli ambienti di vita e di lavoro;
- c) la promozione della salute e l'educazione sanitaria della popolazione alla tutela della salute e alla sicurezza;
- d) l'informazione per la prevenzione dei rischi e per la sicurezza: ai cittadini, ai lavoratori e alle loro organizzazioni sindacali, alle imprese e alle loro associazioni, alle associazioni di tutela dei consumatori, alle associazioni ambientaliste, alle varie strutture del SSN e agli Enti Locali;
- e) la vigilanza e l'ispezione nei settori di competenza;
- f) l'istruttoria tecnico - sanitaria per le funzioni amministrative di competenza degli Enti Locali;

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

In ogni Azienda USL è istituito il Dipartimento di Prevenzione, a norma dell'art. 7 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche.

Spetta in particolare al Dipartimento:

- a) la pianificazione, gestione e valutazione dei sistemi informativi pertinenti lo stato di salute della popolazione
- b) l'elaborazione della proposta dal piano triennale degli interventi di prevenzione e controllo, da sottoporre all'approvazione del Direttore generale;

c) l'informazione, ai fini della prevenzione dei rischi, ai cittadini, ai lavoratori e alle loro organizzazioni sindacali, alle imprese e loro associazioni, alle associazioni di tutela dei consumatori, alle associazioni ambientaliste, alle varie strutture del SSN e agli Enti Locali;

d) l'educazione della popolazione alla tutela della salute e della sicurezza;

e) l'istruttoria tecnico - sanitaria per le funzioni amministrative di competenza degli Enti Locali;

f) la prevenzione, il controllo e la vigilanza nei settori di competenza sia in forma integrata che attraverso i singoli Servizi

g) controllo impiantistici preventivi e periodici;

h) la prevenzione, la verifica e il controllo dei fattori di rischio (fisici, chimici, biologici, impiantistici, comportamentali negli ambienti di vita e di lavoro per quanto non in contrasto con i compiti dell'ARTA e delle leggi nazionali.

i) la sanità pubblica veterinaria.

Il Dipartimento è articolato nei seguenti Servizi:

a) Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica

b) Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro

c) Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

d) Medicina delle Comunità

e) Servizio Veterinario di Sanità Animale (A)

f) Servizio Veterinario di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto, deposito e somministrazione degli alimenti di origine animale e loro derivati (B);

g) Servizio veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (C).

I Servizi di cui sopra hanno autonomia tecnica ed operativa, ferma restando la necessaria integrazione e il coordinamento tra gli stessi, nell'ambito della programmazione degli interventi e delle risorse. A ciascuno di essi è preposto un Dirigente di II livello reclutato secondo le modalità di cui al DPR 484/98.

I Servizi del Dipartimento possono essere articolati in settori o moduli organizzativi.

Il Direttore Generale nomina il Coordinatore del Dipartimento di Prevenzione, fra i Responsabili dei Servizi del Dipartimento. Il Coordinatore del Dipartimento di Prevenzione conserva la direzione del proprio Servizio. L'incarico, rinnovabile, ha la durata di tre anni. Il Coordinatore del Dipartimento può essere rimosso e sostituito con provvedimento motivato del Direttore Generale.

Il Coordinatore Dipartimento di Prevenzione è responsabile dell'assetto organizzativo complessivo della struttura e svolge i seguenti compiti:

a) coordina le attività relative all'elaborazione del piano triennale (di cui al comma 3, lettera b), per il conseguimento degli obiettivi stabiliti dal piano stesso;

b) coordina la verifica periodica dei risultati raggiunti, al fine del conseguimento degli obiettivi del piano triennale;

c) ripartisce il budget per la realizzazione del piano tra i vari Servizi, che ne hanno la gestione e la responsabilità su proposta del Comitato di Dipartimento.

d) gestisce direttamente la quota di risorse per lo svolgimento delle attività di direzione e di finanziamento dei gruppi di lavoro.

Il Coordinatore del Dipartimento è coadiuvato dal Comitato di Dipartimento composto dai Responsabili dei Servizi. Il Comitato di Dipartimento esprime parere obbligatorio ma non vincolante sulle decisioni relative alla gestione del Dipartimento.

Il Coordinatore del Dipartimento e i Dirigenti dei Servizi, in relazione alle funzioni amministrative esercitate, si avvalgono di apposita Unità Operativa amministrativa.

Il Dipartimento ed i Servizi costituiscono al loro interno:

a) gruppi di lavoro permanenti e temporanei, relativi ad aree di sovrapposizione dei diversi settori dei rispettivi Servizi, per la messa a punto di protocolli di intervento integrati;

b) unità operative territoriali dei Servizi, a seconda delle dimensioni e dei problemi delle Aziende USL, tenendo conto degli ambiti territoriali delle aree distrettuali e delle aree di integrazione socio-sanitarie, in modo che il territorio di riferimento coincida con una o più di tali aree.

Il Dipartimento di Prevenzione assicura il coordinamento e l'integrazione della propria attività con la Provincia, con l'Agenzia Regionale per la Tutela Ambientale e con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise. A tale scopo provvede, nelle materie di comune interesse, ad:

a) allestire archivi e banche dati comuni;

b) elaborare e realizzare programmi di vigilanza e controllo coordinati;

c) attuare forme di collaborazione sia in ambito tecnico - scientifico, sia nell'eventuale erogazione di prestazioni, al fine di garantire identiche procedure autorizzative su tutto il territorio della regione.

La Giunta Regionale, entro centoventi giorni dall'approvazione del presente PSR, disciplina le modalità di raccordo e i rapporti dei Dipartimenti di Prevenzione con le Province, con l'Agenzia Regionale per la Tutela Ambientale e con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.

La Regione assegna annualmente alle Aziende USL il **6,50 %** delle risorse finanziarie del Fondo Sanitario Regionale, vincolato all'espletamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi che lo compongono ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni.

COMITATO DI DIP

La composizione del Comitato del DIP

Il Comitato di DIP è composto:

- dal Coordinatore del che lo presiede

- dai Responsabili dei Servizi appartenenti al DIP e da una rappresentanza del personale tecnico laureato e diplomato.

Il Coordinatore del DIP e i Dirigenti dei Servizi, in relazione alle funzioni amministrative esercitate, si avvalgono di una apposita Unità amministrativa. Il

responsabile della gestione amministrativa del DIP dovrà partecipare alle riunioni del Comitato del DIP come necessario supporto amministrativo.

Il regolamento relativo al funzionamento e alle competenze del Comitato del DIP deve essere approvato dal Direttore Generale, che approva inoltre, con separato atto, l'articolazione organizzativa del DIP, anche a stralcio del regolamento di organizzazione dell'Azienda.

Le competenze del Comitato del DIP

I singoli Servizi che compongono il DIP mantengono, all'interno di questo, tutta la loro autonomia tecnico-funzionale e organizzativa in ordine alle funzioni di specifica e propria competenza professionale. I livelli decisionali del DIP hanno una competenza organizzativa e gestionale in riferimento alle funzioni di integrazione dipartimentale. Il Comitato del DIP esprime parere obbligatorio ma non vincolante sulle decisioni relative alla gestione del DIP.

Il Comitato del DIP esprime pareri vincolanti sui seguenti argomenti:

- a) la gestione organizzativa del personale
- b) l'utilizzo in comune degli spazi e delle attrezzature
- c) la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative volte al miglioramento e all'integrazione delle attività delle strutture del DIP per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto
- d) il coordinamento e lo sviluppo delle attività tecniche, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni
- e) il coordinamento con le attività delle altre strutture dell'azienda
- f) la gestione delle risorse finanziarie assegnate al DIP
- g) predisposizione del piano triennale degli interventi di prevenzione e controllo.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: ORGANIZZAZIONE

Il DIP è articolato nei seguenti Servizi:

- 1) Igiene, epidemiologia e sanità pubblica
- 2) Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro
- 3) Igiene degli alimenti e della nutrizione
- 4) Medicina delle Comunità
- 5) Servizio Veterinario di Sanità Animale
- 6) Servizio Veterinario di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto, deposito e somministrazione degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- 7) Servizio veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I Servizi hanno autonomia tecnica e operativa e si integrano e coordinano tra loro nell'ambito della programmazione degli interventi e delle risorse, in base a modelli e criteri stabiliti dal Comitato di Dipartimento.

A ciascuno dei Servizi è assegnata una propria dotazione di personale sanitario, tecnico ed amministrativo ed è preposto un Dirigente di 2° livello. Questi è

nominato con incarico rinnovabile ed ha compiti di direzione tecnico - organizzativa complessiva nel Servizio. Inoltre deve:

- programmare a livello generale le attività del Servizio;
- verificare l'efficacia / efficienza e la qualità degli interventi;
- promuovere e coordinare le iniziative e gli strumenti per l'informazione, la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini fruitori del servizio;
- adottare misure organizzative atte a consentire le analisi e le valutazioni del costo dei servizi in rapporto all'attività effettivamente svolta.

I Servizi del DIP possono essere articolati in settori affidati ad un dirigente di primo livello, con incarico assegnato dal Direttore Generale su proposta del responsabile del Servizio di appartenenza, in riferimento al CCNL dell'area dirigenziale medica e veterinaria e tecnica.

Poiché l'attività del DIP trova concreta realizzazione nel territorio, i Servizi del DIP sono articolati in unità operative territoriali, con ambiti territoriali determinati nel piano triennale del DIP, che comprendono una o più aree distrettuali dell'Azienda USL. Le unità operative territoriali sono costituite da operatori provenienti dai Servizi del DIP che erogano in maniera polivalente tutte le prestazioni di base (di 1° livello) in un ambito territoriale identificato sulla base di parametri quali: concentrazione di insediamenti produttivi, concentrazione di insediamenti zootecnici, esigenze epidemiologiche, ecc..

Nell'organizzazione del DIP e dei Servizi che lo compongono, la funzione di vigilanza va considerata come strumento nell'ambito del complesso delle attività di prevenzione, a fianco della informazione, formazione e assistenza e di tutte le possibili attività di promozione della prevenzione stessa; pertanto è da escludere qualsiasi configurazione organizzativa che preveda la separazione delle funzioni di vigilanza da quelle complessive dei singoli Servizi e del Dipartimento o che affidi tali funzioni a specifiche figure professionali.

In ogni caso l'attività di vigilanza deve essere assicurata in maniera interdisciplinare e coordinata tra i servizi.

1) SERVIZIO DI IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA

Il Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica è articolato in unità operative territoriali nell'ambito dei D.S.B. per:

- erogare le prestazioni sanitarie di primo livello rivolte alla persona (vaccinazioni, certificazioni sanitarie),
- eseguire i programmi di epidemiologia e di profilassi delle malattie infettive pianificati a livello centrale di servizio,
- eseguire i programmi di prevenzione delle malattie cronico - degenerative pianificati a livello centrale di servizio,
- eseguire i programmi di controllo delle collettività, pianificati a livello centrale di servizio.

Per le altre prestazioni, ogni Azienda USL dovrà definire le funzioni da svolgere a livello delle unità operative territoriali in base alla configurazione del

territorio, alla viabilità, all'urbanizzazione, alla presenza di eventuali particolari (anche potenziali) fonti di rischio ambientale per la salute della popolazione.

Il Servizio può essere articolato nei settori di:

- epidemiologia
- promozione della salute e prevenzione delle malattie infettive e cronico – degenerative e medicina dell'emigrazione
- igiene degli spazi confinati e degli ambienti di vita e di lavoro.

Il Servizio di Igiene, Epidemiologia, Biostatistica e Sanità Pubblica svolge le seguenti attività:

a) Profilassi delle malattie infettive e diffuse negli ambienti di vita e di lavoro (comprese le vaccinazioni obbligatorie e facoltative)

b) Gestione del sistema informativo delle malattie infettive, delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative, delle reazioni avverse da immunizzazione

c) Definizione dei protocolli e procedure operative e delle priorità di intervento per prevenire, eradicare, o comunque limitare la diffusione di agenti infettivi di importante impatto epidemiologico

d) Rilascio e rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria per il personale addetto alla produzione, somministrazione di alimenti e bevande e per il personale addetto ad arti sanitarie, sottoposto a controllo igienico-sanitario

e) Indagini epidemiologiche mirate, comprese quelle sieroepidemiologiche sulla diffusione di alcune malattie infettive

f) Lotta ai vettori di malattie infettive e controllo ed eventuale gestione delle attività di disinfestazione, disinfezione, derattizzazione

g) Controllo e rimozione dei fattori di rischio in ambiente scolastico

h) Collaborazione con i Distretti per la programmazione di interventi di prevenzione secondaria negli ambienti di vita e nella scuola

i) Organizzazione e gestione di un sistema informativo, in collegamento funzionale con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, sugli ambienti di vita (sistemi di approvvigionamento idrico ad uso umano, smaltimento non corretto di acque reflue, dei rifiuti di attività produttive, ecc.) in rapporto alla prevenzione delle malattie infettive e cronico - degenerative, per la costruzione di mappe di rischio attuali e previsionali

i bis) partecipare alla rilevazione dei bisogni socio-sanitari della popolazione nell'ambito dell'Azienda USL, anche mediante la definizione ed il monitoraggio di specifici indicatori per la valutazione dello stato di salute della popolazione, sulla base dei relativi programmi e direttive regionali

j) Organizzazione e gestione della raccolta delle schede di morte e tenuta dei registri delle cause di morte e altre competenze igienico - sanitarie in materia di polizia mortuaria

k) Vigilanza igienico - sanitaria in materia di polizia mortuaria

l) Rilascio di pareri igienico - sanitari e programmazione di interventi di vigilanza in materia di edilizia abitativa, insediamenti produttivi, strutture ad uso collettivo, sistemi di approvvigionamento idrico ad uso umano, piani regolatori,

strumenti urbanistici, altre strutture di interesse sanitario previste da disposizioni di legge e da specifici regolamenti

m) Pareri igienico - sanitari nell'ambito dell'istruttoria effettuata da altri Enti istituzionalmente preposti in riferimento alla tutela della salute

n) Pareri autorizzativi e vigilanza sull'esercizio delle arti sanitarie e delle professioni sanitarie di competenza

o) Controllo igienico - sanitario degli stabilimenti termali

p) Pareri autorizzativi e vigilanza sull'esercizio delle attività turistico - ricreative

q) Tutela e controllo delle acque di balneazione in collaborazione tecnico - laboratoristica con l'istituenda ARTA, nel quadro complessivo della tutela delle acque

r) Controllo delle piscine pubbliche

s) Partecipazione alle commissioni previste da leggi e regolamenti

t) Pareri igienico - sanitari su richiesta di privati

u) Sorveglianza sulla produzione e commercio di cosmetici, prodotti di erboristeria ed altri oggetti di uso personale

v) controllo della radioprotezione, sulla radioattività e sull'idoneità dei locali e delle attrezzature per il commercio ed il deposito delle sostanze radioattive e degli apparecchi generatori di sostanze ionizzanti (in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro)

w) Controllo sulla produzione e detenzione di gas tossici (in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro)

x) Promozione di specifiche attività formative e di aggiornamento degli operatori del Servizio

y) Attività di educazione e promozione della salute in forma coordinata con gli altri Servizi della Azienda USL e con tutti i soggetti che ne abbiano titolo

z) Coordinamento attività controllo ascensori ed elevatori, Impianti in ambienti di vita.

2) SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro è articolato in unità operative territoriali per erogare le prestazioni relative alle attività di accertamento, vigilanza, verifiche e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro, controlli impiantistici preventivi e periodici.

Le unità operative territoriali sono formate da équipe multidisciplinari, provviste di tutte le figure professionali necessarie per lo svolgimento delle attività.

Gli organici sono definiti nella delibera di Giunta Regionale n. 3532 del 30/12/97 che costituisce parte integrante del presente Piano.

Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro svolge almeno le seguenti attività:

a) Costruzione ed aggiornamento del sistema informativo, in collegamento funzionale con l'Osservatorio Epidemiologico regionale, sui rischi ed i danni da lavoro (censimento delle attività lavorative, archivio delle aziende, mappatura dei

rischi e dei danni da lavoro, registri delle malattie professionali, registrazione degli infortuni)

b) Istituzione e regolare tenuta dei registri degli esposti e dei rischi previsti dalla legislazione vigente

c) Attivazione di piani mirati di prevenzione sia per comparto che per rischio lavorativo su tematiche diffuse, gravi e risolvibili, comprensivi anche di indagini sanitarie e strumentali per la valutazione dei rischi, dei danni da lavoro e delle condizioni di salute degli esposti

d) Valutazione ed espressione di parere su tutte le notifiche di Nuovi Insedimenti Produttivi , o di modifiche , ristrutturazioni, ampliamenti, che pervengono al Servizio direttamente o attraverso le richieste della Autorità Sanitaria Locale ai sensi dei regolamenti locali di igiene, laddove previsto

e) Valutazione dei progetti edilizi di insediamenti industriali e di strumenti urbanistici, collaborando su richiesta programmata con il Servizio di Igiene Pubblica responsabile del rilascio del parere

f) Espressione di pareri su piani di lavoro e di sicurezza previsti dalle leggi vigenti

g) Espressione di pareri su tutte le richieste di deroghe alle vigenti norme di legge, laddove previsto

h) Analisi dei documenti di valutazione dei rischi lavorativi presentati dalle Aziende in base alla legislazione vigente

i) Effettuazione di vigilanza pianificata e permanente nel tempo sulle attività lavorative con i maggiori rischi sia di infortunio che di patologia professionale;

l) Applicazione delle procedure previste dalla nuova disciplina sanzionatoria in materia di lavoro (D.Lgs. 758/94) ed istituzione di sistemi di registrazione per la sistematica verifica di tutte le fasi procedurali previste

m) Effettuazione delle inchieste di infortunio e di malattia professionale richieste dall'Autorità Giudiziaria

n) Effettuazione delle inchieste di infortunio e di malattia professionale di iniziativa, sulla base dell'analisi epidemiologica dei dati che pervengono al Servizio attraverso i flussi informativi

o) Verifica dei registri infortuni

p) Risposta a tutte le richieste sanitarie per la tutela degli apprendisti, dei minori e delle lavoratrici madri di competenza del Servizio ed alle richieste per la valutazione della idoneità alla mansione specifica previste dalla legislazione vigente (art. 5 Legge 1204/71, art. 5 L. 300/70, art. 17 D. Lgs. 626/94, L. 977/67 e DD.PP.RR. attuativi, Legge 25/55 e di DD.PP.RR. attuativi, idoneità conduzione generatori di vapore e idoneità all'utilizzo dei gas tossici di competenza della Medicina Legale)

s) Partecipazione in forma coordinata con gli altri Servizi della Azienda USL alle Commissioni Mediche in cui sono previsti medici specialisti in medicina del lavoro

t) Controllo e coordinamento dell'attività dei medici competenti operanti nel territorio

u) Attivazione di uno sportello informativo per assolvere i compiti di informazione e assistenza agli utenti previsti dal D.Lgs. 626/94

v) Effettuazione di una attività sistematica e capillare di formazione ed educazione alla salute nei luoghi di lavoro programmata in modo coordinato con gli altri Servizi dell'Azienda USL ed effettuata anche in collaborazione con tutti i soggetti istituzionali che ne abbiano titolo.

z) Coordinamento delle attività ed ex Enti Nazionali Prevenzione Infortuni (ENPI) ed ex Associazione Nazionale Controllo Combustione (ANCC) per controlli impiantistici preventivi e periodici.

3) SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione eroga prestazioni rivolte alla tutela della salute del consumatore, attraverso il controllo igienico - sanitario (su produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione) di tutti gli alimenti e bevande di origine vegetale, acque destinate al consumo umano e acque minerali.

Ciascuna Azienda USL ne definirà l'eventuale articolazione in settori, ferma restando l'articolazione in unità operative territoriali.

Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dovrà svolgere almeno le seguenti attività:

a) Vigilanza e controllo delle fasi di produzione, preparazione, confezionamento di tutti gli alimenti di origine non animale

b) Vigilanza e controllo della produzione, confezionamento, deposito, trasporto e commercio delle bevande e delle acque minerali

c) Vigilanza e controllo della somministrazione dei prodotti alimentari di competenza

d) Vigilanza e controllo sugli additivi per gli alimenti di origine non animale e bevande

e) Pareri all'autorità sanitaria per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie di cui all'art. 2 della Legge 283/62 per quanto di competenza

f) Censimento delle attività di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione, e commercio degli alimenti di competenza

g) Tenuta del registro delle autorizzazioni, dei nulla osta, degli aggiornamenti, nonché dei provvedimenti adottati per trasgressioni

h) Attività di controllo e consulenza proprie dell'ispettorato micologico

i) Sorveglianza epidemiologica dei casi di tossinfezione alimentare

j) Sorveglianza sull'uso dei fitofarmaci e recepimento del DM 21/12/92

k) Espletamento dei programmi dei controlli ufficiali degli alimenti e bevande di cui al DPR 14/7/1995

l) Vigilanza e controllo sulle acque destinate al consumo umano, secondo la normativa vigente in materia

m) Controllo delle acque minerali in ottemperanza al Decreto Legislativo n. 105/92

- n) Rilevamento delle abitudini e dei consumi alimentari
- o) Valutazione e sorveglianza nutrizionale
- p) Prevenzione delle malattie cronico - degenerative correlate ai problemi nutrizionali
- q) Consulenza dietetico nutrizionale rivolta alla collettività
- r) Informazione, educazione, promozione della salute nel campo dell'igiene degli alimenti e delle preparazioni alimentari
- s) Elaborazione di proposte per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, tecnico ed amministrativo delle unità operative
- t) Rilascio e/o rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria per il personale addetto alla produzione e/o manipolazione di alimenti e bevande
- u) Vigilanza e controllo su produzione, deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci.

4. MEDICINA DELLE COMUNITA'

Costituiscono competenze essenziali del Servizio di medicina preventiva nelle comunità:

- a) il coordinamento dell'attività dei Consultori familiari e dei Servizi di medicina scolastica;
- b) promuovere i programmi di educazione sanitaria rivolta alla popolazione in età evolutiva utilizzando metodologie adeguate;
- c) promuovere i programmi di educazione/informazione sanitaria d'intesa con le strutture previste dal presente Piano, rivolti a comunità/categorie professionali (ad es. vigili del fuoco, volontari ed operatori di associazioni socio-sanitarie, ecc.) su tematiche connesse a specifici fattori di rischio cui gli stessi possono essere esposti;
- d) promuovere i programmi di educazione/informazione sanitaria rivolti alla popolazione in generale, anche con l'istituzione di Centri di documentazione per l'educazione sanitaria ovvero sviluppando quelli già esistenti;
- e) promuovere campagne per la prevenzione delle malattie infettive sessualmente trasmesse, con particolare riferimento all'HIV;
- f) organizzare e valutare i programmi di screening di massa o selettivi;
- g) counseling socio-sanitario per immigrati extracomunitari;
- h) Promozione degli interventi socio-assistenziali in favore delle persone in situazione di handicap mediante utilizzo di fondi finalizzati assegnati alle Aziende USL (servizio di aiuto personale, centri socio-riabilitativi ed educativi diurni, ecc.);
- i) coordinare le unità multidisciplinari per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap di cui al DPR 24.02.1994;
- l) coordinare l'attuazione delle attività afferenti la medicina dello sport, così come disciplinate dalla legge regionale 12 novembre 1997, n. 132.

L'attività di coordinamento si svolge a livello del Servizio di Medicina delle Comunità, mentre le prestazioni sono erogate a livello di distretto sanitario di base, nel piano di coordinamento e di programmazione di tutte le attività.

I costi sostenuti dall'Azienda per il Servizio di Medicina delle Comunità non rientrano nella quota del 6,5% del Fondo sanitario regionale destinato alle attività di prevenzione.

In relazione a quanto previsto dall'art. 4 della legge regionale n. 132/1997 vengono individuati, nell'ambito della Regione i due centri di 3° livello, rispettivamente presso i centri universitari delle scuole di specializzazione di Medicina dello Sport di Chieti e L'Aquila.

5) SERVIZI VETERINARI

I Servizi Veterinari di cui alle lettera e), f) e g) del punto 4 del precedente paragrafo "Dipartimento di Prevenzione", per quanto di loro competenza funzionale, hanno il compito di assicurare su tutto il territorio regionale, compreso le aree protette dei Parchi Nazionali e Regionali, l'unitarietà delle funzioni di sanità pubblica veterinaria, di raccordarsi con l'Istituto Zooprofilattico e mantenere elevati standard tecnici e professionali, anche per la forte valenza internazionale (in base alle linee guida emanate dalla Conferenza Permanente per i Rapporti Stato - Regioni e Province autonome pubblicate nella G.U. n. 33 del 9/2/96).

La USL potrà fare ricorso alle prestazioni di veterinari libero-professionisti, incaricati secondo la normativa vigente, per assicurare sia le prestazioni relative all'esecuzione delle profilassi obbligatorie pianificate dallo Stato e/o dalla Regione, sia per il raggiungimento degli obiettivi strategici fissati nel presente Piano.

Le aree funzionali dei suindicati Servizi Veterinari sono:

■ Servizio Veterinario di Sanità animale;

L'area funzionale della sanità animale eroga prestazioni rivolte principalmente al controllo delle malattie trasmissibili all'uomo ed a quelle diffuse proprie degli animali che potrebbero avere una notevole incidenza sanitaria ed economica nel settore zootecnico ed agroalimentare.

L'area funzionale può essere articolata nei settori di:

- igiene urbana veterinaria
- organizzazione della profilassi di stato e dell'anagrafe del patrimonio zootecnico.

L'area funzionale della sanità animale svolge le seguenti attività:

- a) Profilassi delle zoonosi e delle altre malattie infettive ed infestive a carattere diffusivo
- b) Programmazione ed attuazione degli interventi di bonifica sanitaria e di eradicazione delle malattie di interesse antropozoonosico e zoonosario
- c) Epidemiologia delle malattie infettive e diffuse
- d) Vigilanza sul trasporto degli animali, su fiere, mercati e su qualsiasi concentrazione di animali
- e) Autorizzazione dei mezzi di trasporto per animali vivi
- f) Controllo sanitario sugli animali e sui prodotti animali di provenienza Comunitaria e da paesi terzi
- g) Identificazione ed anagrafe degli animali e degli allevamenti

- h) Controllo igienico - sanitario e vigilanza sui canili e gattili pubblici e privati
- i) Controllo delle popolazioni degli animali sinantropi e controllo sugli animali esotici
- j) Igiene urbana veterinaria
- k) Polizia veterinaria
- l) Educazione, informazione ed assistenza veterinaria.

■ Servizio Veterinario dell'Igiene della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati:

L'area funzionale dell'igiene della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati del Servizio Veterinario eroga prestazioni preventive, periodiche e di vigilanza rivolte alla tutela della salute del consumatore attraverso il controllo sanitario degli alimenti di origine animale e loro derivati in tutte le varie fasi dalla produzione al consumo.

L'organizzazione dell'attività deve essere conseguente ad una attenta valutazione della concentrazione e della tipologia degli insediamenti agro - alimentari (mattatoi, depositi, mercati ittici, stabilimenti industriali e artigianali, esercizi di vendita, somministrazione, ecc.), al fine di prevedere l'impiego di singoli specialisti o di équipe territoriali multidisciplinari sotto la direzione di un responsabile tecnico organizzativo.

In relazione all'entità dell'attività da svolgere, l'area funzionale può essere articolata nei settori di:

- attività di controllo programmato e vigilanza
- stabilimenti comunitari.

L'area funzionale dell'igiene della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati svolge le seguenti attività:

- a) Vigilanza, ispezione e controllo sulla macellazione degli animali in tutte le sue fasi
- b) Benessere animale prima e durante la macellazione
- c) Vigilanza e controllo delle carni e di tutti i prodotti contenenti carne dalla produzione (DPR 227/92; 503/82; 559/92; D.L.gs. 537/92; DPR 286/94) al consumo
- d) Vigilanza e controllo del latte dall'inizio della filiera tecnologica al consumo (DM 185/91; DPR 54/97)
- e) Vigilanza e controllo sulle uova e sui prodotti a base di uovo
- f) Vigilanza e controllo sui prodotti della pesca dallo sbarco al consumo (D.L.gs. 531/92)
- g) Vigilanza e controllo dei molluschi eduli dalla produzione al consumo (D.L.gs. 530/92)
- h) Vigilanza e controllo del miele dalla produzione al consumo
- i) Monitoraggio e valutazione dei piani di autocontrollo aziendale
- j) Espletamento dei piani nazionali residui
- k) Espletamento dei programmi dei controlli ufficiali degli alimenti di origine animale di cui al DPR 14/7/1995

- l) Sorveglianza sull'uso di fitofarmaci in alimenti di origine animale e recepimento del DM 23/12/92
- m) Autorizzazione dei mezzi di trasporto per alimenti di origine animale
- n) Pareri all'Autorità Sanitaria per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie di cui all'art. 2 della legge 283/62 per quanto di competenza
- o) Vigilanza e controllo igienico - sanitario sugli alimenti di origine animale, e loro derivati di provenienza comunitaria e da Paesi terzi
- p) Vigilanza e controllo sugli additivi per alimenti di origine animale
- q) Ispezione e vigilanza sugli esercizi o aziende di lavorazione, deposito, trasporto e commercializzazione degli alimenti di origine animale all'ingrosso e al dettaglio
- r) Rilascio di pareri per istruttorie ai fini dell'adeguamento igienico - sanitario degli impianti, laboratori e luoghi di somministrazione alla normativa C.E.
- s) Censimento delle attività di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio degli alimenti di competenza
- t) Tenuta del registro delle autorizzazioni, dei nullaosta, degli aggiornamenti, nonché dei provvedimenti adottati per le trasgressioni
- u) Elaborazione di proposte per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, tecnico ed amministrativo delle unità operative
- v) Indagini epidemiologiche sulle tossinfezioni alimentari per quanto di competenza in collaborazione con il servizio Igiene e Alimenti e Nutrizione
- w) Programmi di ricerca dei residui di sostanze nocive negli alimenti di origine animale
- x) Educazione, informazione ed assistenza veterinaria.

■ Servizio Veterinario dell'Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche:

L'area funzionale dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche del Servizio Veterinario eroga prestazioni rivolte principalmente al benessere animale, al controllo sulla distribuzione e sull'impiego del farmaco veterinario, anche attraverso programmi per la ricerca di residui, ed alla riproduzione animale.

L'organizzazione dell'attività deve essere conseguente ad una attenta valutazione della consistenza degli animali in ambiente urbano e rurale, al fine di prevedere il numero delle unità operative territoriali, sotto la direzione di un responsabile tecnico - organizzativo, e il loro ambito territoriale.

Sarà compito delle singole Aziende USL prevedere l'opportunità e i tempi di attuazione di tali eventuali articolazioni, sulla base della configurazione e delle esigenze del territorio.

L'area funzionale di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche svolge le seguenti attività:

- a) Controllo e vigilanza sulla distribuzione e sull'impiego del farmaco veterinario, anche attraverso i programmi della ricerca dei residui, con particolare riferimento ai comportamenti illeciti ed impropri

- b) Vigilanza e controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie destinate alla vendita diretta ai sensi della 59/63
- c) Vigilanza e controllo sulla produzione degli alimenti destinati agli animali da reddito e da affezione e sulla nutrizione animale
- d) Vigilanza e controllo sulla riproduzione animale
- e) Tutela dell'allevamento dai rischi di natura ambientale
- f) Controllo sulla igienicità delle strutture, delle tecniche di allevamento e delle produzioni, anche ai fini della promozione della qualità dei prodotti di origine animale
- g) Controllo sul benessere degli animali da reddito, d'affezione e di quelli destinati alla sperimentazione animale
- h) Vigilanza e controllo sull'impiego degli animali nella sperimentazione
- i) Educazione, informazione ed assistenza veterinaria
- l) Vigilanza su istituzioni e presidi veterinari privati, sulla professione veterinaria e sulle attività paraveterinarie
- m) Predisposizione di piani di monitoraggio per la fauna selvatica.

Nell'ambito della ASL Avezzano-Sulmona sarà attivato un centro per l'orientamento della utilizzazione dei prodotti chimici e fitofarmaci in agricoltura; tale centro fornirà indicazioni, suggerimenti, opuscoli illustrativi e primi dati alle aziende agricole anche attraverso TV, stampe, convegni, incontri specifici.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: MODALITÀ' OPERATIVE

Il DIP ed i Servizi possono costituire al loro interno **gruppi di lavoro permanenti e temporanei** per soddisfare le finalità di studio e di approfondimento di tematiche che richiedono l'apporto di diverse professionalità.

Il gruppo di lavoro è privo di autonomia tecnico - operativa e decisionale.

Possono essere affidati ai gruppi di lavoro, ad esempio:

- standardizzazione delle procedure su tematiche di interesse dipartimentale,
- formulazione di proposte per l'integrazione tecnico - organizzativa tra i diversi servizi,
- predisposizione di piani di intervento dipartimentali,
- formulazione di proposte per la omogeneizzazione della raccolta e registrazione delle informazioni finalizzate all'analisi epidemiologica dei bisogni ed all'analisi delle risorse disponibili.

È auspicabile la formazione di **gruppi di lavoro interdipartimentali** fra operatori appartenenti al DIP e ad altri dipartimenti o unità operative ospedaliere o distrettuali, per affrontare specifici obiettivi di interesse comune.

Integrazione tra le strutture della USL

L'Azienda USL ricerca e assicura un alto livello di collaborazione e di integrazione tra le varie strutture, ai fini dell'unitarietà dell'intervento e della semplificazione delle procedure.

Il DIP svolge le proprie funzioni e realizza i programmi coordinandosi con le altre strutture dell'Azienda USL, ed in particolare con i Distretti. Al fine di coordinare le varie attività, occorre quanto meno:

- promuovere l'integrazione degli operatori delle macrostrutture (Ospedale, Distretti, DIP) nei programmi coordinati di promozione della salute, di informazione ed educazione alla salute
- realizzare procedure di rapporto con l'utenza, con uno sportello territoriale unico nelle singole aree
- realizzare la piena collaborazione tra DIP e Distretti, al fine di organizzare i servizi nel territorio, dato anche che al Distretto competono le funzioni relative al coordinamento delle attività che vengono erogate nel territorio di riferimento

Coordinamento e integrazione con altri Enti

I DIP possono assicurare, mediante accordi o convenzioni con gli Enti interessati, il coordinamento e l'integrazione delle proprie attività con la Provincia, con l'ARTA e con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale. A tale scopo provvedono, attraverso le convenzioni previste dalle norme vigenti, nelle materie di comune interesse, a:

- a) allestire archivi e banche dati comuni
- b) elaborare e realizzare programmi di vigilanza e controllo coordinati
- c) attuare forme di collaborazione, sia in ambito tecnico - scientifico, sia nell'eventuale erogazione di prestazioni, al fine di garantire identiche procedure autorizzative su tutto il territorio regionale
- d) svolgere le funzioni relative alla stima dei rischi fisici, chimici e biologici degli inquinanti ambientali
- e) svolgere le funzioni relative alla prevenzione dei danni per la salute provocati da inquinanti delle matrici acqua - aria - suolo.

I DIP e l'istituenda ARTA possono esercitare in modo integrato e coordinato le funzioni, le attività di controllo e vigilanza ambientale e di prevenzione collettiva che rivestono valenza sia ambientale che sanitaria, nel rispetto delle autonomie tecniche e professionali dei Servizi interessati.

Per l'esercizio delle proprie funzioni, i DIP possono avvalersi preferibilmente delle strutture laboratoristiche dell'istituenda ARTA.

Per un esercizio coordinato ed integrato, finalizzato all'interscambio delle informazioni, ad ottimizzare le prestazioni erogate e ad evitare sovrapposizioni e disfunzioni, i DIP e le articolazioni dell'ARTA istituiscono forme, sedi, strumenti e gruppi di lavoro permanenti sulle principali attività di comune interesse. I rapporti tra DIP e ARTA saranno adeguatamente disciplinati non appena sarà approvata la Legge regionale istitutiva dell'ARTA. Fino all'effettiva costituzione dell'ARTA, le Aziende USL competenti per territorio assicurano la gestione e la disponibilità del personale e delle attrezzature necessarie a garantire la continuità dei controlli da parte delle Aziende USL stesse e l'esercizio da parte degli Enti Locali delle funzioni amministrative in materia ambientale, sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 517/93, i Servizi Veterinari si avvalgono della collaborazione tecnico - scientifica dell'Istituto Zooprofilattico dell'Abruzzo e Molise.

Appositi protocolli di intesa Regione - Istituto Zooprofilattico definiranno gli interventi per corrispondere a tali necessità.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: RUOLO NEI SISTEMI GESTIONALI DELL'AZIENDA USL

Il sistema informativo del DIP sarà parte integrante del sistema informativo dell'Azienda USL finalizzata alla pianificazione ed il controllo di gestione, al sistema incentivante e al controllo di qualità.

Uno degli aspetti di maggior rilievo ai fini gestionali è stabilito dal vincolo del 6,5% del Fondo Sanitario Regionale assegnato annualmente ad ogni singola Azienda USL per il perseguimento del primo livello uniforme di assistenza, stabilito dal presente Piano, a conferma delle Delibere regionali n. 2023 del 6/8/97 e n. 3532 del 30/12/97.

OBIETTIVI PER IL TRIENNIO

AZIONI REGIONALI

In considerazione dell'emanazione delle linee guida sopra delineate, che riguardano l'assetto organizzativo dei Servizi e l'allocatione e gestione delle risorse, l'azione regionale nel triennio è orientata prioritariamente in direzione della formazione e sviluppo del personale, oltre che nella formulazione di due progetti obiettivi di cui uno di carattere generale destinato alla "**Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro**" ed uno di carattere specifico destinato alla "**Sicurezza nelle Strutture Sanitarie**".

FORMAZIONE E SVILUPPO DEL PERSONALE

Le profonde innovazioni del quadro normativo impongono l'acquisizione da parte degli operatori dei Servizi del DIP di nuove e più approfondite conoscenze e tecniche per le attività innovative (valutazione dei rischi ambientali e comportamentali e dei processi di implementazione delle azioni di prevenzione e protezione - previste dal D.Lgs. n. 626/94 e successive modificazioni - nelle attività lavorative pubbliche e private, valutazione dei danni, controllo dei fattori di rischio, educazione alla salute, nutrizione, ecc.), per cui si rende necessario un aggiornamento tecnico professionale e metodologico - organizzativo.

Nel triennio di Piano verranno promosse, coordinate dalla Regione ed a cura della Aziende USL, specifiche iniziative di formazione e aggiornamento, per sostenere i DIP nello sviluppo dell'innovazione.

In particolare, nel corso del primo anno, verranno avviate iniziative di formazione e aggiornamento sui seguenti temi:

- a) l'osservazione epidemiologica per i Servizi di Prevenzione
- b) la valutazione del rischio e le mappe previsionali dei rischi
- c) progettazione operativa e valutativa
- d) applicazione delle normative CEE.

Verrà inoltre pianificata una indagine sui bisogni formativi degli operatori, per predisporre i progetti formativi degli anni successivi.

Per ciascun tema si individueranno gli obiettivi educativi, le metodologie organizzative e gli strumenti di valutazione delle iniziative formative.

Relativamente alla "formazione" il Direttore Generale della Azienda USL è tenuto all'osservanza dello standard di cui al punto 20) degli "indicatori di efficienza e qualità del DIP".

Entro il primo semestre di vigenza del PSR si prevede la costituzione, a livello regionale, di una struttura di riferimento tecnico - organizzativo per i DIP. Tale struttura si avvarrà, quali componenti esterni all'Assessorato della Sanità, dei Responsabili dei singoli Servizi dei Dipartimenti. Essa si articolerà in gruppi di lavoro (almeno uno per ciascun Servizio del Dipartimento) che potenzieranno la propria operatività con sottogruppi temporanei per argomenti, gestiti anche avvalendosi di operatori dei singoli Servizi (designati dai rispettivi responsabili). La struttura ed i suoi gruppi si collegheranno con i Centri di Documentazione Regionali esistenti a livello nazionale.

La struttura potrà coordinare, a richiesta dei DIP, gruppi di lavoro per la stesura di protocolli /procedure per facilitare l'integrazione funzionale tra i Servizi.

OBIETTIVI DELL'AZIENDA USL

Poiché le attività del DIP si realizzano prevalentemente nel territorio, le Unità Operative territoriali devono raccordarsi con le attività distrettuali. Sarà quindi necessario il pieno coinvolgimento del Distretto e del suo Responsabile, che dovrà armonizzare le attività delle unità operative territoriali con quelle del personale distrettuale.

Il Direttore Sanitario dell'Azienda USL, su proposta del Coordinatore del DIP e del / dei Responsabile/i del / dei Distretto/i, definirà entro tre mesi un apposito "piano" per:

- utilizzo comune di risorse strutturali, strumentali e di personale;
- procedure di rapporto con l'utenza, per giungere ad uno sportello territoriale unico che eroghi almeno le informazioni generali, riceva il pagamento dei ticket e svolga altre prestazioni finalizzate alla semplificazione dell'accesso degli utenti;
- integrazione degli operatori delle due Macro - strutture Distretto e DIP nei programmi coordinati di promozione della salute, di informazione ed educazione sanitaria;
- collaborazione con gli operatori della medicina di base (medici e pediatri di base).

OBIETTIVI DEL DIP E DEI SERVIZI

OBIETTIVI DEL DIP

Entro il primo anno di vigenza del presente PSR, ad evitare la settorialità degli interventi e la duplicazione delle prestazioni, tramite gruppi di lavoro permanenti o temporanei, dovranno essere messe a punto le procedure di intervento almeno su:

- a) indagini epidemiologiche in caso di intossicazioni, tossinfezioni alimentari;

b) vigilanza e controllo della filiera produzione - commercializzazione dei luoghi ove si riscontra contemporaneamente la presenza di alimenti di origine animale e vegetale;

c) vigilanza e controllo dell'ambiente e delle strutture di allevamento;

d) rilascio di pareri autorizzativi per i quali è previsto il coinvolgimento di diversi Servizi.

Il Responsabile del Servizio dovrà valutare la corretta applicazione dei protocolli individuati. Il Coordinatore del DIP dovrà verificare le valutazioni effettuate dai Responsabili dei Servizi.

Nel corso del primo anno di vigenza del piano dovranno essere realizzati i seguenti obiettivi:

a) definizione o revisione dell'assetto organizzativo e funzionale del DIP (entro il primo semestre);

b) adozione o revisione del regolamento del DIP (entro il primo semestre);

c) definizione delle piante organiche minime secondo i parametri di contesto di seguito indicati e, per il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, adozione della pianta organica di seguito individuata;

d) attivazione dei gruppi di lavoro permanenti o temporanei per l'integrazione delle funzioni (entro il primo semestre);

e) progettazione del sistema informativo di DIP e dei Servizi;

f) predisposizione del piano di formazione del personale del DIP (entro il primo semestre);

g) avvio delle attività per il controllo di gestione (entro il primo semestre dall'approvazione del piano);

h) avvio di attività per il miglioramento continuo di qualità;

i) predisposizione di una Carta dei Servizi del DIP;

j) pianificazione di un sistema di indicatori per la valutazione qualitativa e quantitativa dei processi organizzativi e tecnici, da utilizzare nel successivo biennio per il monitoraggio e la valutazione dei processi sopraindicati, avviati nel corso del primo anno.

OBIETTIVI DEI SERVIZI DEL DIP

Entro il primo anno di vigenza del presente PSR, per evitare la settorialità degli interventi, i Responsabili dei Servizi dovranno identificare le aree di sovrapposizione dei diversi settori eventualmente costituiti, e costituiranno gruppi di lavoro permanenti o temporanei per la messa a punto di protocolli di interventi integrati. Il Responsabile del Servizio dovrà valutare la corretta applicazione dei protocolli individuati. Il Coordinatore del DIP dovrà verificare le valutazioni effettuate dai Responsabili dei Servizi.

MACROBIETTIVI GENERALI

A) miglioramento della capacità di valutazione dei bisogni

B) miglioramento delle attività per i problemi di maggior peso epidemiologico

C) miglioramento delle relazioni con gli utenti dei Servizi

Nell'ambito dei tre macroobiettivi generali sono compresi gli obiettivi individuati per ciascun Servizio o Area funzionale del DIP.

OBIETTIVI DEL SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA

1) Costruzione di un "Osservatorio della Salute" (macroobiettivi A e C)

- partecipazione a gruppi regionali di studio (da istituire) sugli indicatori dei bisogni sanitari della popolazione; ricognizione delle informazioni esistenti; messa a punto dei nuovi flussi informativi, in collegamento con i Distretti e le strutture ospedaliere (entro il 1° anno)

- sperimentazione dei programmi (2° anno)

- verifica e messa a regime delle attività programmate; redazione di una relazione sullo stato di salute della popolazione della USL e sua divulgazione alla popolazione (3° anno)

2) Piano mirato "Profilassi delle malattie infettive" (macroobiettivo B)

- progettazione e riorganizzazione del programma aziendale delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative; standardizzazione delle metodiche di controllo delle malattie infettive diffuse; progettazione di un programma per la profilassi internazionale dei soggetti a rischio (entro il 1° anno)

- sperimentazione dei programmi (2° anno)

- verifica e messa a regime delle attività programmate (3° anno)

3) Piano mirato "Igiene e Sicurezza degli ambienti di vita : epidemiologia ambientale" (macroobiettivo B)

- progettazione e avvio della mappatura delle principali problematiche connesse all'igiene e sicurezza degli ambienti di vita, che dovranno riguardare prioritariamente le strutture ad uso collettivo (entro il 1° anno)

- sperimentazione dei programmi (2° anno)

- verifica e messa a regime delle attività programmate (3° anno)

4) Piano mirato "Epidemiologia e profilassi delle malattie cronico - degenerative" (macroobiettivo B)

- costituzione di un gruppo di lavoro Servizio - Distretti per: la costruzione di un quadro epidemiologico descrittivo delle principali patologie cronico - degenerative; la definizione dei ruoli dei diversi Servizi in programmi di screening (entro il 1° anno)

- sperimentazione del sottoprogramma "epidemiologia descrittiva" e studio di fattibilità di programmi di screening (2° anno)

- verifica e messa a regime del sottoprogramma "epidemiologia descrittiva", progettazione di attività di screening (3° anno).

OBIETTIVI DEL SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

1) Piano mirato "Igiene e Sicurezza degli ambienti di lavoro: epidemiologia occupazionale" (macroobiettivi A e B)

- messa a punto dell'anagrafe aziendale relativa al territorio di competenza; ricognizione delle informazioni esistenti e messa a punto di nuovi flussi informativi; progettazione e avvio della mappatura delle principali problematiche connesse all'igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro (1° e 2° anno)

- verifica e messa a regime delle attività programmate; redazione di una relazione sui risultati dell'attività di mappatura e sua divulgazione alla popolazione (3° anno)

2) **Piano mirato "analisi dei documenti di valutazione dei rischi"** (macroobiettivo A)

- avvio piano mirato "analisi dei documenti di valutazione dei rischi" ex art. 4 del D.Lgs. 626/94 in un comparto rappresentativo del territorio (entro il 1° anno)

- verifica dei risultati, programmazione di inizio di piano mirato alla bonifica dei rischi prevalenti nel comparto individuato (2° anno)

- conclusione del piano mirato e verifica dei risultati (3° anno)

3) **Piano mirato "prevenzione infortuni"** (macroobiettivo B)

- avvio piano mirato di comparto con coinvolgimento, a seconda della realtà territoriale, di uno fra i seguenti comparti: edilizia, legno, agricoltura, metallurgia / metalmeccanica (1° e 2° anno)

- prima verifica dei risultati (3° anno)

4) **Piano mirato "valutazione dei Nuovi Insediamenti Produttivi"** (macroobiettivo B)

- avvio piano mirato (entro il 1° anno)

- valutazione dei risultati e messa a regime delle procedure valutative e degli strumenti di informazione all'utenza su tali aspetti (3° anno)

5) **Valutazione lavoratori minori** (macroobiettivo B).

- riorganizzazione nei territori deficitari delle attività sanitarie di valutazione dei lavoratori minori, con utilizzo di personale medico specialista o equiparato (entro il 1° anno);

- raggiungimento di una situazione a regime e verifica dei risultati (3° anno);

6) **Sportello informazione ed assistenza agli utenti** (macroobiettivo C):

- studio, con le organizzazioni di categoria e imprenditoriali, per l'attivazione sperimentale di uno "sportello" di "informazione e assistenza agli utenti" (2° anno);

- verifica dei risultati (3° anno);

7) **Offerta servizi alle imprese** (macroobiettivo B)

- verifica con le OO.SS. e Associazioni di categoria della offerta possibile di informazione, formazione, assistenza, servizi alle imprese ed attivazione sperimentale in alcune realtà territoriali (2° anno)

- messa a regime delle esperienze pilota (3° anno).

OBIETTIVI DEL SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

1) **Censimento delle attività di produzione, distribuzione, somministrazione e commercio degli alimenti** (macroobiettivo A)

- censimento delle attività di produzione, distribuzione e somministrazione e commercio degli alimenti (in collaborazione con l'area funzionale B del Servizio Veterinario; avvio della procedura di mappatura dei rischi (1° anno)

- sperimentazione del programma "mappatura dei rischi" (2° anno)

- verifica e messa a regime del programma (3° anno)

2) **Azione mirata "ristorazione collettiva"** (macroobiettivo B)

- avvio progettazione (d'intesa con l'area funzionale B del Servizio Veterinario)
(1° anno)

- sperimentazione del programma (2° anno)
- verifica e messa a regime del programma (3° anno)

3) Azione mirata "acque potabili" (macroobiettivo B)

- avvio progettazione (1° anno)
- sperimentazione del programma (2° anno)
- verifica e messa a regime del programma (3° anno)

4) Sportello su "igiene degli alimenti e della nutrizione" (macroobiettivo C)

- predisposizione (in collaborazione con i Servizi e le associazioni di categoria e di utenti interessati dal progetto) (1° anno)

- avvio del progetto (2° anno)
- verifica del progetto (3° anno)

5) Informazione e formazione alimentaristi (macroobiettivo C)

- predisposizione (in collaborazione con l'area funzionale B del Servizio Veterinario e con le categorie economiche interessate) di corsi di formazione per addetti alle cucine degli Ospedali, delle Case di Riposo, delle Residenze Sanitarie e delle Mense Scolastiche (1° anno)

- avvio dei progetti di formazione (2° anno)
- verifica dei progetti e loro messa a regime (3° anno)

OBIETTIVI DEL SERVIZIO VETERINARIO

A) Area funzionale Sanità animale

1) Anagrafe del patrimonio zootecnico (macroobiettivo A)

- attivazione anagrafe zootecnica (1° anno)
- informatizzazione del sistema (2° anno)
- messa a punto di un sistema integrato e coordinato a livello regionale (3° anno)

2) Azione mirata "eradicazione brucellosi ovina" (macroobiettivo B)

- avvio del programma di eradicazione dei focolai di brucellosi ovina (1° anno)
- continuazione del programma (2° anno)
- conseguimento della qualifica di Regione ufficialmente indenne (3° anno)

3) Azione mirata "controllo del randagismo canino" (macroobiettivo B)

- sviluppo dei programmi di controllo basati sulla riduzione delle nascite e sensibilizzazione delle amministrazioni locali alla costruzione di canili rifugio (1° anno)

- attuazione della progettazione (2° anno)
- verifica dei risultati (3° anno)

B) Area funzionale Igiene della produzione, conservazione, trasporto e commercializzazione degli alimenti di origine animale e loro derivati

1) Valutazione ed indirizzo piano di autocontrollo aziendale nell'industria agroalimentare (macroobiettivo B)

- costituzione gruppi di lavoro intra - area per la valutazione comparata delle diverse tipologie di attività (1° anno)

- formazione ed attuazione di protocolli operativi comuni (2° anno)

- verifica dei risultati (3° anno)

2) Azione mirata "adeguamento della filiera tecnologica del latte alla Direttiva 92/96"(macrobiiettivo B)

- censimento aziende, verifiche strutturali e funzionali (1° anno)
- messa a punto di un piano di intervento per il contenimento delle situazioni difformi (2° anno)

- eliminazione situazioni difformi e verifica dei risultati (3° anno)

3) Azione mirata "piani nazionali residui" (macrobiiettivo B)

- verifica stato di monitoraggio anno precedente dei piani nazionali residui; messa a punto per l'anno in corso, in collaborazione con l'area funzionale C (1° anno)

- individuazione dei punti a maggior rischio e interventi correttivi (2° anno)

- eliminazione dei punti di rischio, verifica dei risultati e monitoraggio continuo (3° anno)

4) Azione mirata "piani di sorveglianza sulla distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale" (macrobiiettivo B)

- verifica risultati anno precedente e messa a completo regime del piano regionale (1° anno)

- individuazione dei punti a maggior rischio e interventi correttivi (2° anno)

- eliminazione dei punti di rischio e verifica dei risultati (3° anno)

5) Azione mirata "sorveglianza acque di pesca ed allevamento molluschi bivalvi" (macrobiiettivo B)

- piani di campionamento e prima classificazione delle acque (1° anno)

- costituzione di gruppo di lavoro inter-servizi per lo studio di situazioni critiche e messa a punto di piani di intervento (2° anno)

- messa a regime dei controlli, classificazione delle acque e formazione di piani di monitoraggio definitivi (3° anno)

6) Azione mirata alla promozione della qualità degli alimenti di origine animale (macrobiiettivo C)

- predisposizione di un piano di lavoro, in collaborazione con le Associazioni di categoria interessate e con le associazioni di consumatori (1° anno)

- avvio del progetto (2° anno)

- valutazione dei risultati ottenuti (3° anno).

C) Area funzionale Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

1) Azione mirata "benessere animale" (macrobiiettivo B)

- progettazione ed avvio di interventi di vigilanza mirata, concordati a livello regionale (1° anno)

- correzione situazioni di difformità (2° anno)

- eliminazione delle difformità e verifica dei risultati (3° anno)

2) Azione mirata "controllo e vigilanza sull'impiego del farmaco veterinario, specialità e alimenti medicamentosi" (macrobiiettivo B)

- individuazione e controllo dei punti di commercializzazione del farmaco e individuazione dei punti di maggiore utilizzo (1° anno)

- controllo degli allevamenti ed individuazione delle situazioni a rischio (2° anno)
- eliminazione delle situazioni a rischio e verifica dei risultati (3° anno)

PARAMETRI DI CONTESTO PER LA DETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE MINIME DEI SERVIZI ED AREE FUNZIONALI DEL DIP

La determinazione delle dotazioni organiche minime dei servizi ed aree funzionali del DIP (tranne che per il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, per il quale tali dotazioni sono già state determinate in sede regionale, come indicato di seguito) dovrà avvenire entro il primo anno di vigenza del piano. In considerazione della estrema carenza di organico e di figure professionali specifiche ed essenziali nella generalità dei Servizi dei DIP delle Aziende USL della regione, si dovranno immediatamente avviare procedure di ricognizione all'interno delle singole Aziende USL per il reperimento di eventuali professionalità necessarie (attualmente impegnate in altre attività), esperire procedure di mobilità intra regionale ed extra regionale, da completare entro i primi sei mesi dall'entrata in vigore del presente Piano; nel contempo di dovranno avviare le procedure concorsuali per il completamento degli organici entro il successivo secondo semestre.

La determinazione delle dotazioni organiche minime si baserà sui seguenti parametri di contesto:

A) Servizio di Igiene e Sanità Pubblica:

- popolazione complessiva;
- popolazione 0 - 14 anni;
- estensione del territorio;
- densità della popolazione.

B) Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione

- popolazione complessiva;
- estensione del territorio;
- densità della popolazione;
- unità produttive alimenti non animali;
- depositi, laboratori di lavorazione ed esercizi di vendita alimenti non animali;
- addetti alla produzione alimenti non animali;
- unità di ristorazione collettiva.

C) Servizio Veterinario di Sanità Animale e Servizio Veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

D) Servizio Veterinario di igiene della produzione, conservazione, trasporto e commercializzazione degli alimenti di origine animale e loro derivati.

A) Area funzionale sanità animale e C) Area funzionale Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche:

- numero allevamenti;
- unità bovino - equivalenti, in zona di pianura e in zone collinari - montane;

- estensione del territorio

B) Area funzionale Igiene della produzione, conservazione, trasporto e commercializzazione degli alimenti di origine animale e loro derivati:

- estensione del territorio;
- capi macellati / ora in impianti di macellazione a capacità limitata;
- capi macellati / ora in impianti di macellazione per bovini, equini, suini "CEE";
- capi macellati / ora in impianti di macellazione avicuniculi;
- laboratori di lavorazione di alimenti di origine animale;
- depositi, esercizi di vendita e somministrazione alimenti di origine animale;
- punti di vigilanza.

PIANTE ORGANICHE MINIME DETERMINATE PER I SERVIZI DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Per i Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro, la tabella allegata, elaborata a livello regionale, è basata sui seguenti parametri di contesto riferiti ai singoli territori di competenza delle Aziende USL:

- addetti ponderati (dati ISTAT 1995);
- unità produttive (dati ISTAT 1995);
- estensione territoriale;
- popolazione residente (dati ISTAT 1995);
- numero di comuni;
- numero di infortuni (dati INAIL 1995).

Il numero totale di operatori è stato calcolato in base ai seguenti criteri: 1 operatore ogni 2000 addetti ponderati, inserendo parametri correttivi riferiti all'estensione del territorio, alla popolazione residente, al numero di comuni (dispersione territoriale), al rapporto addetti /unità locali (numero medio di addetti per unità locale), al numero degli infortuni denunciati (1 operatore in più ogni 1000 infortuni).

Il fabbisogno relativo alle singole figure professionali è stato derivato dai carichi di lavoro medi delle singole figure nell'ambito degli interventi tipicamente svolti da équipe multidisciplinari (peso percentuale di impegno per singola figura).

AUSL	MEDICI DEL LAVORO	TECNICI LAUREATI	TECNICI DIPLOMATI	AMMINISTRATIVI	A.S.V.	TOTALE
AQ	7,8	5,85	13,65	7,8	3,9	39
AV - SUL	8	6	14	8	4	40
TE	12,8	9,6	22,40	12,8	6,4	64
CH	8	6	14	8	4	40
LAN - VA	9,2	6,9	16,1	9,2	4,6	46
PE	11,2	8,4	19,6	11,2	5,6	56
TOTALI	57	42,75	99,75	57	28,5	285

NOTA : I dati relativi alle provincie di L'Aquila e Chieti sono stati ponderati, sulla base dell'estensione territoriale, del numero di abitanti e del numero di comuni, e scorporati per AUSL .

MEDICI DEL LAVORO = medici specialisti in Medicina del Lavoro;

TECNICI LAUREATI = ingegneri con specializzazione individuata sulla base delle peculiarità produttive del territorio (sistemisti, chimici, meccanici, elettronici), laureati in chimica, fisica, biologia, agraria,

TECNICI DIPLOMATI = periti industriali, chimici, meccanici, elettronici, agrari, geometri.

Le dotazioni organiche sopra indicate potranno essere suscettibili di incrementi, in relazione a variazioni significative dei parametri di contesto o all'assunzione diretta di funzioni attualmente non espletate (verifiche periodiche di impianti / apparecchiature / ascensori, ecc.).

INDICATORI DI EFFICIENZA E QUALITÀ' PER IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, RIFERITI ALL'ART. 10 DEL D.Lgs. 502/92

CAMPI DI ATTIVITA'	INDICATORI	DEFINIZIONE
Igiene alimenti e nutrizione	1) numero unità locali controllate per l'igiene degli alimenti / numero unità locali esistenti x 100	<p>- si tratta di tutte le unità locali controllate nel campo di attività "igiene degli alimenti e della nutrizione.</p> <p>Si considerano <u>interventi di controllo</u> gli accessi presso le unità locali al fine di effettuare una (anche se parziale) o più operazioni di controllo, secondo il D.Lgs. 123/93, che definisce il controllo "una o più delle seguenti operazioni: ispezione, prelievo di campioni, analisi di campioni, controllo dell'igiene del personale, esame materiale scritto, esame dei sistemi di verifica installati dall'impresa e dei relativi risultati". Pertanto, le aziende si intendono "controllate" quando si è verificato almeno un accesso.</p>
	2) Totale pareri emessi per autorizzazioni sanitarie / totale pareri richiesti	<p>- numero unità locali nel campo di attività esistenti dove, per "esistenti" si intendono quelle censite ISTAT o, se più aggiornate, censite dai singoli Dipartimenti di Prevenzione.</p> <p>- pareri emessi per autorizzazione sanitaria ai sensi del DPR 327/80</p>
	3) numero provvedimenti adottati / unità locali controllate per igiene alimenti	- per provvedimento adottato si intende ogni atto del Dipartimento derivante dalle attività di controllo.
Controllo acque per consumo umano	4) numero controlli effettuati / numero controlli previsti dal DPR 236/88 x 100	<p>- Per controllo si intende quanto previsto dal DPR 236/88</p> <p>- numero di controlli previsti ex DPR 236/88 (calcolo in base agli acquedotti censiti)</p>
Prevenzione delle patologie trasmissibili nell'uomo	5) Indice di copertura per le vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi	- Numero di bambini che hanno compiuto il 24° mese di vita nel periodo di riferimento e che risultano aver completato la somministrazione delle vaccinazioni dell'obbligo (difterite, tetano, polio ed

		<p>epatite B) previste nei primi 24 mesi.</p> <p>- Coorte di bambini residenti che copie due anni di vita nell'anno in esame.</p> <p>- Numero persone intervistate tra le notificate per TB, epatite, meningiti batteriche o notificate come casi all'interno degli episodi epidemici di T.A.</p> <p>- Numero notifiche per TB, epatite, meningiti batteriche (solo i casi).</p>
	<p>6) Numero persone intervistate con notifica TB, epatite, meningiti batteriche, tossinfezioni alimentari (T.A.) / numero complessivo notifiche specifiche x 100</p>	
	<p>7) Numero visite mediche individuali / popolazione x 1.000</p>	<p>- Visite svolte in forma individuale, ad esempio per:</p> <p>* libretti di idoneità sanitaria ex L. 283/62</p> <p>* certificati di idoneità alla guida</p> <p>* altre certificazioni</p>
	<p>8) numero visite mediche collegiali / popolazione x 1.000</p>	<p>- Visite svolte in forma collegiale per:</p> <p>* certificati di idoneità alla guida</p> <p>* invalidità civile</p> <p>* altre valutazioni di legge (con specificazione)</p>
<p>Sorveglianza su attività e strutture sanitarie</p>	<p>9) Numero strutture sanitarie controllate / numero strutture esistenti x 100</p>	<p>- Si considerano controllate le strutture nelle quali è stato effettuato almeno un sopralluogo / anno per la verifica di specifici requisiti strutturali, impiantistici (anche solo documentale) e gestionali, stabiliti da norme, circolari, regolamenti, strumenti ad hoc validati.</p> <p>- Numero strutture sanitarie censite dal Dipartimento di Prevenzione.</p>
<p>Igiene e sicurezza degli ambienti confinati e dell'abitato</p>	<p>10) Numero strutture controllate (sia totale che per alcune tipologie di struttura) / strutture esistenti x 100 (sia totale che per alcune tipologie di struttura)</p>	<p>- Si considerano controllate le strutture nelle quali è stato effettuato almeno un sopralluogo / anno per la verifica di specifici requisiti strutturali, impiantistici (anche solo documentale) e gestionali stabiliti da norme, circolari, regolamenti, strumenti ad hoc validati.</p> <p>- numero strutture esistenti, ove per "esistenti" si intende censite dal Dipartimento di Prevenzione in totale e per tipologia di struttura:</p> <p>* strutture socio - assistenziali;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> * stabilimenti termali; * alberghi e centri di vacanza per minori; * punti vendita fitofarmaci; * istituzioni pedagogiche; * impianti natatori.
	11) Numero pareri per N.I.P. (Nuovi Insediamenti Produttivi) rilasciati in forma integrata / numero pareri per N.I.P. rilasciati	<ul style="list-style-type: none"> - Per "parere" si intende l'atto finale dell'iter. - Per "integrato" si intende il parere congiunto di tutti i Servizi del Dipartimento di Prevenzione interessati e dell'ARTA.
Amianto	12) Numero piani di lavoro valutati / numero piani presentati x 100	<ul style="list-style-type: none"> - Numero piani valutati ai sensi dell'art. 34 D.Lgs. 277/91. - Numero piani presentati ai sensi dell'art- 34 D.Lgs. 277/91.
Sanità animale e igiene delle produzioni	<p>13) Numero allevamenti controllati / numero soggetti a controllo</p> <p>14) Numero strutture controllate / numero strutture soggette a controllo</p> <p>15) Numero automezzi controllati / numero automezzi soggetti a controllo</p>	
Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	<p>16) Numero unità locali (u.l.) controllate / numero u.l. esistenti x 100</p> <p>17) Totale addetti delle unità controllate / totale addetti delle unità locali esistenti x 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Per "controllata" si intende fatta oggetto di almeno un accesso / sopralluogo, comprese le inchieste infortunio / malattia professionale, L. 1204/71, Piani mirati, ad esclusione del mero prelievo di documentazione. - Numero u.l. esistenti come da ultimo censimento ISTAT. - Numero totale addetti delle unità controllate - Numero addetti da ultimo censimento ISTAT

	18) Numero inchieste infortuni e inchieste per malattie professionali (totale e/o per comparti a maggior rischio: es. Edilizia) / totale addetti delle unità locali esistenti (totale o per comparti a maggior rischio: es. Edilizia) x 100	- Numero inchieste infortuni o malattie professionali richieste dall'Autorità Giudiziaria o di iniziativa del Servizio o richieste da altri. - Numero addetti da ultimo censimento ISTAT.
	19) Numero provvedimenti amministrativi e giudiziari / numero unità locali controllate x 100	- Per "controllate" si intende fatte oggetto di almeno un accesso / sopralluogo, comprese le inchieste infortunio / malattia professionale, Legge n. 1204/71, piani mirati, ad esclusione del mero prelievo di documentazione.
Tutti i campi di attività	20) Ore complessive dedicate per iniziative di informazione e formazione / popolazione x 10.000	- Informazione : trasferimento a tutti i soggetti interessati, singoli o associati, pubblici o privati, di conoscenze, dati e notizie di carattere normativo, procedurale e tecnico - scientifico, utili all'avvio e alla realizzazione del processo di prevenzione, mediante iniziative formalizzate - dibattiti ed incontri - con la presenza diretta degli interessati. Considerare le ore dell'iniziativa e non i tempi di preparazione. - Formazione : processo di trasmissione del saper fare e del saper essere, con l'obiettivo di conseguire modalità di comportamento che mettano in pratica le regole e i principi della prevenzione. Considerare le ore dell'iniziativa e non i tempi di preparazione.
	21) Costo del Dipartimento / popolazione residente	- Totale costi (diretti e da ribaltamento) del Dipartimento di Prevenzione.
	22) Operatori anno equivalenti impegnati nel Dipartimento di Prevenzione: totali e per campo di attività.	- Per "operatore anno equivalente" si intende l'attività, espressa come somma dei mesi lavorati / 12, che l'operatore del Dipartimento di Prevenzione (dipendente e convenzionato) dedica al campo specifico di attività.

NOTA:

Gli indicatori dal n. 1 al n. 10 e dal n. 12 al n. 19 mirano a fornire un'immagine del "grado di copertura" raggiunto dalle principali attività svolte dal Dipartimento (INDICATORI DI ATTIVITA').

L'indicatore n. 11 è un INDICATORE DI RISULTATO.

Gli indicatori n. 20 e n. 22 sono INDICATORI DI RISORSE dedicate agli specifici campi di attività.

L'indicatore n. 21 è un INDICATORE DI RISORSE per la valutazione dei costi complessivi.

■ - EDUCAZIONE ALLA SALUTE***Premessa***

L'articolato processo che ha investito la sanità italiana, dall'istituzione del S.S.N. con la Legge n.833/1978 fino ai Decreti di riordino e modifica 502/1992 e 517/1993, ha certamente condizionato la dinamica evolutiva del "sistema salute" che, soprattutto negli ultimi anni, ha concentrato mezzi e risorse nella difficile transizione all'attuale modello aziendalistico.

La centralità del cittadino/utente

Definito il processo di aziendalizzazione del S.S.N., pur in una logica fase di aggiustamento e consolidamento che durerà presumibilmente ancora qualche anno, si rende oggi necessario rivolgere particolare attenzione alla centralità del cittadino/utente, collocandolo al centro del servizio sanitario stesso.

Centralità del cittadino/utente significa partecipazione concreta ed attiva al mantenimento ed alla promozione del proprio benessere psico-fisico-sociale, previa presa di coscienza, individuale e collettiva dei problemi sanitari e, solo come ricaduta, come logica conseguenza della minore incidenza di malattia, significa minore spesa per l'assistenza; la minore spesa per la salute diviene pertanto l'effetto di una politica della salute e non l'obiettivo della politica della salute.

Il ruolo dell'educazione alla salute

La medicina non riesce da sola a risolvere tutti i problemi, l'Educazione alla Salute può apportare un fondamentale contributo attraverso le modalità funzionali ed operative che le sono proprie e che, oltre a rappresentare il principale strumento per la prevenzione primaria, persegue l'obiettivo di :

- garantire le funzioni partecipative previste dalla Legge e, pertanto, la centralità del cittadino/utente attraverso i processi informativi e formativi che lo mettono in grado di raggiungere appieno il suo potenziale di salute;

- contenere i costi investendo nella promozione e conservazione della salute. Non deve mai essere dimenticato, infatti, che i principali e più efficaci strumenti esistenti al giorno d'oggi, atti a prevenire i maggiori quadri nosologici di morbosità e mortalità - malattie cardiovascolari, tumori, AIDS, tossicodipendenze, ecc. - passano attraverso il conseguimento ed il rafforzamento di positivi stili di vita;

- raccordare tra loro i diversi servizi sanitari e questi con le strutture che operano sul territorio al fine di ottimizzare l'offerta di salute alla popolazione. In questo senso, il ruolo intersettoriale connota in modo particolare la valenza operativa dell'educazione alla Salute e la capacità di raccordo che essa può svolgere all'interno del S.S.N. Non è per caso, infatti, che nel Piano Sanitario Regionale 1994-1996 il concetto di Educazione alla Salute caratterizzi ogni singolo paragrafo del Piano stesso, percorrendolo trasversalmente e configurandosi quale cerniera di connessione tra i diversi obiettivi previsti.

Al fine di perseguire compiutamente tali obiettivi è necessario, tuttavia, che l'Educazione alla Salute esca dall'attuale spontaneismo di volenterosi operatori locali per strutturarsi con adeguate organizzazioni e risorse nell'ambito di un progetto politico complessivo che coinvolga l'intero sistema sanitario, e non solo sanitario, in un efficiente organismo capace di raccordare, ottimizzare e rendere visibili gli sforzi di chi lavora in un campo in cui la gratificazione del risultato non è immediatamente percepibile, ma le cui ricadute nel tempo sono di enorme e non quantizzabile valore.

Il ruolo della Regione

Con le normative di riordino e la conseguente responsabilizzazione della Regione per la copertura dei disavanzi di gestione delle Aziende Sanitarie Locali, accanto ai tradizionali compiti di indirizzo e programmazione degli interventi, dei modelli organizzativi e dei criteri di finanziamento, la Regione viene ad assumere una funzione guida nell'elaborazione delle strategie generali di intervento ed un ruolo di promozione, coordinamento e supporto tecnico.

Sotto tale punto di vista emerge la necessità di "centralizzare" le attività di Educazione alla Salute, dando modo di valorizzare e razionalizzare gli interventi esistenti o già svolti, evitando inutili duplicazioni o distorsioni ed implementando nuovi progetti e strategie sulla scorta dell'analisi dei bisogni locali e di quanto è stato finora acquisito, a livello nazionale ed internazionale, in tema di metodologie, organizzazione e politiche.

Modello organizzativo

Il modello organizzativo è articolato su due livelli operativi rappresentati da :

livello regionale, con :

- Competente struttura regionale :
- Comitato Tecnico Regionale;
- Consulta regionale

livello Aziendale, rappresentato da :

- Area Aziendale;
- Area Territoriale.

IL LIVELLO REGIONALE

Presso il Settore Sanità e Igiene della Giunta Regionale la competente struttura per l'esercizio delle funzioni afferenti l'educazione alla salute si avvale delle competenze scientifiche, culturali e professionali disponibili in Regione attraverso l'attivazione di :

- un Comitato Tecnico Regionale;
- una Consulta per l'Educazione alla salute.

Il Comitato Tecnico Regionale, organismo tecnico nominato con Decreto del Presidente della Giunta regionale su proposta dell'Assessore Regionale alla Sanità, espleta le attività di programmazione e di valutazione. E' costituito dalle rappresentanze scientifiche, culturali, professionali del S.S.R., dell'Università, delle agenzie di ricerca, dell'ARTA, dei Provveditorati agli Studi.

Il Comitato elabora il programma annuale regionale per l'Educazione alla Salute che le singole Aziende devono recepire e sviluppare in ordine agli obiettivi prioritari stabiliti in funzione della analisi dei dati afferenti dalle realtà locali. Dalla definizione del Programma deriva la conseguente allocazione delle risorse necessarie.

La Consulta Regionale per l'Educazione alla Salute, formata dalle rappresentanze delle forze sindacali, del volontariato, degli Enti Locali, della Cooperazione, delle organizzazioni sportive e per il tempo libero, ecc. espleta la funzione di integrazione e di supporto al complesso delle attività attuate e da attuare in questo settore.

Nell'ambito di tale Consulta opera, anche con modalità specifiche, la Commissione Regionale già istituita d'intesa tra l'Assessorato alla Sanità e la Sovrintendenza scolastica regionale per l'Abruzzo in data 10.5.1994. L'Assessore Regionale alla Sanità promuoverà le necessarie intese per meglio definire l'inserimento di quest'ultima Commissione nella presente Consulta.

IL LIVELLO AZIENDALE

Area Centrale

Le attività di Educazione alla Salute devono essere associate a quelle di informazione al pubblico, introdotte dai Decreti Legislativi 502 e 517, con l'istituzione degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico. L'attività di tale Ufficio è finalizzata all'organizzazione di un sistema informativo rivolto direttamente ai cittadini, strettamente correlato con l'educazione sanitaria, atteso che gli obiettivi previsti - promozione del controllo diretto dei cittadini sul sistema dei servizi - si integrano in larga parte con quelli dell'Educazione alla Salute.

A livello di USL devono essere assicurate le seguenti funzioni:

- rilevazione delle esigenze locali di intervento in educazione sanitaria in funzione dei bisogni della popolazione;
- gestione del servizio di documentazione, in collegamento con il Centro regionale e quelli nazionali, nonché degli strumenti tecnici necessari per le attività di comunicazione;
- definizione della programmazione aziendale, coordinamento delle attività e valutazione degli interventi di Educazione alla Salute, provvedendo in particolare :
 - a) alla stesura del programma e del consuntivo annuale delle attività;
 - b) alla stesura del Piano aziendale;
 - c) alla valutazione di processo e di efficacia delle stesse ed al controllo di gestione e dello stato di attuazione dei progetti previsti;
- erogazione del supporto tecnico-metodologico, delle consulenze interne ed esterne, della gestione dei gruppi di lavoro, del raccordo e del coordinamento con le autorità scolastica e delle altre rappresentanze istituzionali e sociali;
- contributo alla formazione e all'aggiornamento del personale;
- organizzazione con il concorso delle unità operative coinvolte di campagne di massa per la sensibilizzazione sui problemi emergenti di largo interesse:

valutazione dell'impatto delle campagne locali e nazionali; gestione degli interventi sovradistrettuali;

- cura dei rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, in relazione alle funzioni da essi assunte nell'ambito dell'educazione sanitaria;
- costituzione di un punto di riferimento per cittadini ed associazioni per la tutela dei diritti degli utenti dei servizi;
- rilevazione sistematica ed aggiornata delle risorse dei servizi pubblici, privati, del volontariato e divulgazione al fine di accrescere le capacità di fruizione corretta dei servizi e la conoscenza di norme, vincoli ed opportunità.

Area territoriale

Quest'area, identificabile con i Distretti Sanitari di Base, ricomprende i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, i servizi territoriali di prevenzione, l'assistenza specialistica.

I medici di MG ed i pediatri di libera scelta, primo e capillare contatto del sistema sanitario con la popolazione, hanno il compito di inserire stabilmente accanto alle tradizionali prestazioni assistenziali, sulla base della convenzione vigente, l'educazione e l'informazione sanitaria.

E' evidente, infatti, come il medico di famiglia, costituendo il punto di aggancio privilegiato per la medicina preventiva individuale e familiare, rappresenta il più efficace mediatore per amplificare l'impatto della prevenzione sulla popolazione.

I servizi territoriali di prevenzione hanno il compito, invece di sviluppare l'azione educativa a livello comunitario, nella scuola, negli ambienti di lavoro, nelle comunità in genere dove riveste un ruolo qualificante il medico scolastico.

L'assistenza specialistica, ambulatoriale e soprattutto ospedaliera dovrà integrare nei suoi protocolli l'informazione e l'educazione sanitaria. L'educazione alla salute in questo ambiente presenta peculiarità indiscutibili, tanto rispetto agli utenti, i malati, quanto rispetto ai contenuti ed ai metodi che dovranno essere opportunamente adeguati. In questo campo costituiscono uno strumento privilegiato di intervento le "carte dei servizi" e le "guide per l'uso dei servizi", rivolte agli utenti, mentre, anche la stessa ricerca del "consenso informato" può diventare uno strumento privilegiato per "fare" informazione ed educazione alla salute.

A questo livello, a ciascuno secondo le competenze professionali specifiche, compete la traduzione operativa del programma Aziendale di Educazione alla Salute e, con la consulenza dell'Area Centrale, la messa a punto e l'attuazione di programmi di intervento e la raccolta dei dati che ad essi si riferiscono .

Il modello organizzativo a livello periferico prevede i seguenti processi :

- programmazione, intesa come la modalità con le quali l'Area Territoriale contribuisce alla programmazione aziendale attraverso la raccolta dei dati epidemiologici ed adatta il programma aziendale di Educazione alla Salute alle caratteristiche culturali e sociali della comunità;
- connessione interna ed esterna, intesa come individuazione dei servizi e dei partners nella comunità e come definizione dei referenti per la comunicazione;
- sistema informativo inteso come acquisizione, archiviazione, elaborazione ed utilizzazione dei dati;

- intervento diretto, come sviluppo ed eventuale adattamento del programma aziendale e come implementazione di specifici programmi locali;
- formazione, intesa come organizzazione di attività formative locali in sintonia con i programmi regionali e aziendali; analisi dei bisogni formativi locali e valutazione delle attività formative.

■ - LA RETE DEI SERVIZI PER L'EMERGENZA

Il presente capitolo deve essere considerato lo sviluppo ed il completamento di quello già presente nel 1° Piano Sanitario Regionale 1994/1996 cui si è dato attuazione con la delibera di Giunta Regionale n. 7120 del 31.12.1994.

L'emergenza ed urgenza sanitaria devono avere l'obiettivo di assicurare una risposta globale ed uniforme in linea con l'attesa dei cittadini: l'articolazione delle stesse non può prescindere da una differenziazione in base alle effettive necessità ed in rapporto ad una armonica dislocazione delle risorse disponibili: Si rende pertanto necessario che le strutture deputate all'emergenza ed all'urgenza operino in rete.

In particolare:

- le Centrali operative del "118" non hanno solo il compito di coordinare ed effettuare l'assistenza in ambito extra-ospedaliero, ma anche di rappresentare la cerniera di collegamento tra le varie sedi della rete ospedaliera;

- i vari servizi deputati all'emergenza devono essere configurati in modo che il livello di assistenza superiore sia sempre comprensivo di tutto ciò che il presidio di livello inferiore può fornire;

- è essenziale che un unico sistema di emergenza ed urgenza, operando in rete, sia in grado di produrre - senza discontinuità - risposte di livello progressivamente crescente;

- è essenziale che il sistema dei servizi per l'emergenza sia conosciuto da tutta la popolazione attraverso campagne informative.

L'istituzione dei **Dipartimenti** può costituire l'elemento necessario a superare la frammentazione dei servizi per giungere ad un migliore rapporto tra efficacia e costi.

In base alla legislazione vigente vanno individuati i quattro livelli d'intervento comunque inseriti in un'unica rete:

- **Punti di primo intervento:** strutture periferiche stabili (distretti sanitari), mobili o occasionali (soccorso in zone turistiche);

- **Servizi di pronto soccorso ospedalieri**

- **Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) di I livello**

- **Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) di II livello**

- **Servizio di Emergenza Territoriale**

PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Costituiscono **unità operative** decentralizzate del DEA competente per territorio sulla base della programmazione sanitaria regionale. Nella loro specifica area territoriale di competenza è presente un'ambulanza di tipo "A".

Sedi:

nelle località disagiate per condizioni orogeografiche e di viabilità ordinaria che comunque rendano difficoltoso e lento l'arrivo dei soccorsi dalle attuali sedi di Unità Operative del "118", nelle località turistiche con elevati flussi stagionali limitatamente ai periodi di massimo afflusso. I locali possono essere identificati in coincidenza con le sedi di distretto sanitario o di guardia medica già esistenti.

(n.b. riferimento ad una rete con punti distanti in modo uniforme sul piano temporale)

Funzioni:

operare il primo intervento sanitario, stabilizzare i parametri vitali e/o attivare il trasporto protetto verso l'ospedale più idoneo a trattare la patologia in atto.

SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO**Sedi:**

presso tutti i Presidi Ospedalieri della Regione.

Funzioni:

Svolgono attività di accettazione in condizioni di urgenza differibile e indifferibile nei riguardi di pazienti che giungono direttamente o trasportati dai mezzi di soccorso.

Provvedono altresì all'accettazione dei ricoveri di elezione e in Day-Hospital, prevedendo che per detti ricoveri il paziente all'atto dell'accettazione abbia già effettuato preliminari accertamenti diagnostici sulla base di protocolli programmati a cura dell'Azienda USL.

I Servizi di Pronto soccorso devono garantire gli accertamenti diagnostici e gli atti terapeutici urgenti per la soluzione del problema clinico, provvedere alla stabilizzazione dei parametri vitali nonché all'eventuale trasporto protetto in sede ospedaliera idonea.

IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Rappresenta una aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico assistenziale, ma che riconoscono la interdipendenza organizzativa adottando un comune codice di comportamento assistenziale al fine di assicurare una risposta rapida, completa e in collegamento con le strutture operanti sul territorio.

Funzioni:

- assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento

- assicurare i collegamenti tecnico-organizzativi con gli altri ospedali sede di DEA e di Pronto Soccorso situati nel territorio di riferimento
- organizzare e gestire un sistema di valutazione continua e di promozione della qualità dell'assistenza e della appropriatezza di utilizzo delle risorse umane e tecnologiche
- favorire, con opportuna programmazione, il più elevato livello di aggiornamento continuo del personale
- promuovere e contribuire alla educazione sanitaria dei cittadini finalizzata ad un corretto utilizzo del sistema di emergenza sanitaria.

Requisiti costitutivi:

Il DEA di 1° livello è costituito dai servizi di:

- Accettazione e Pronto Soccorso
- Rianimazione
- Posti letto di Osservazione e Breve Degenza attribuiti al Pronto Soccorso.

Devono essere previsti posti-letto "tecnici" di osservazione e degenza breve da parte del D.G. nella misura del 2 - 3 % del totale dei posti-letto del Presidio. I posti-letto di osservazione e degenza breve rientrano nel numero complessivo dei posti-letto attribuiti al Presidio. Conseguentemente alla istituzione dei suddetti posti letto il D.G. provvederà ad una contestuale riduzione di un numero di posti letto pari a quelli da istituire. La degenza in questi letti "tecnici" non deve superare le 24 ore e deve essere finalizzata a:

a) osservazione e stabilizzazione dei malati che non abbisognano di terapie intensive, ma che presentino condizioni tali da non poter essere accolti nei reparti per acuti;

b) osservazione di malati di incerta definizione diagnostica, in funzione di una destinazione definitiva : ricovero o dimissione (azione filtro).

Deve contemporaneamente assicurare interventi diagnostici e terapeutici nelle 24 ore di medicina generale, cardiologia con UTIC, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e pediatria.

Con deliberazione del Direttore generale sono istituiti i DEA di 1° livello nei Presidi Ospedalieri in cui sono funzionanti i suddetti servizi.

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE DI II LIVELLO

Funzioni

Fornire la risposta definitiva ad ogni tipo di emergenza/urgenza sanitaria attraverso le proprie strutture, oppure attraverso le alte specialità funzionalmente collegate al DEA.

I DEA sono stabiliti secondo un rapporto ottimale tra funzioni da assicurare e bacino di utenza in relazione alle specialità di: cardiocirurgia, neurochirurgia, terapia intensiva neonatale, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, unità spinali.

Le funzioni legate a particolari specialità non necessariamente devono essere espletate nelle strutture sedi di DEA di II livello, ma il requisito per identificare tale

livello è la presenza del collegamento operativo che renda in utile tempo disponibili tali prestazioni.

I requisiti di organizzazione sono quelli del DEA di I livello, integrati da meccanismi di collegamento funzionale e da protocolli operativi concordati con i centri di alta specialità.

I servizi di Pronto Soccorso autonomi presenti nei DEA di 1° e 2° livello sono diretti da un dirigente medico di 2° livello.

SERVIZIO DI EMERGENZA TERRITORIALE

Funzioni:

- garantire la prima risposta sanitaria all'urgenza-emergenza extraospedaliera
- assicurare il coordinamento dei meccanismi operativi di collegamento necessari ad una compiuta e globale risposta ospedaliera.

Centrale operativa:

Costituisce il fulcro del sistema. Alla C.O. afferiscono tutte le richieste telefoniche di soccorso sanitario convogliate attraverso il numero unico "118" che dovrà sostituire tutti i precedenti numeri utilizzati per l'emergenza sanitaria.

La Centrale Operativa viene assimilata, in considerazione della tipologia di intervento, alle strutture di terapia sub-intensiva.

La C.O. rappresenta il momento di coordinamento che permette di attivare in tempi rapidi ed in modo ottimale i settori dei singoli servizi destinati alle emergenze mediante un apporto multidisciplinare.

La centrale Operativa ed il sistema territoriale da questa coordinato, quale entità complessa, rappresenta una struttura autonoma che, tramite l'integrazione operativa e culturale con i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza di riferimento, svolge la propria attività secondo le modalità di seguito definite.

Attività:

- ricezione delle richieste di soccorso
- valutazione del grado di complessità secondo codici (DPR 27/3/92)
- attivazione e coordinamento dell'intervento stesso fino alla sua conclusione
- indirizzo dell'utente, per quanto di pertinenza, al proprio medico di assistenza primaria o pediatra di libera o ai punti di primo intervento
- trasmissione, dopo attenta valutazione, della chiamata al medico di continuità assistenziale competente per territorio.

Può altresì svolgere funzioni di coordinamento delle ambulanze impegnate per trasporti secondari interospedalieri, nonché provvedere al trasporto di sangue ed organi per trapianto.

Risorse tecnologiche:

La C.O. è dotata di apparato di telefonia attraverso una rete di linee dedicate in collegamento con i reparti coinvolti nell'urgenza-emergenza nonché con le strutture di soccorso non sanitario (V.V.F., Polizia, Carabinieri, Protezione Civile etc.),

Sistema informatico:

Deve consentire un'informazione costantemente aggiornata sulla dislocazione e disponibilità dei mezzi di soccorso, sulla disponibilità dei posti letto degli ospedali situati nel bacino d'utenza, sulla disponibilità di letti nelle terapie intensive e nei reparti di alta specialità della Regione; deve altresì disporre di una cartografia aggiornata sulla rete viaria di competenza onde facilitare l'individuazione del luogo dell'evento; deve permettere la registrazione e la successiva rilevazione dell'attività svolta.

Sistema di radiocollegamenti:

Deve consentire i collegamenti radio tra le C.O. della Regione, tra la C.O. e le unità operative periferiche e un collegamento costante con i mezzi di soccorso in fase operativa. In attesa dell'attribuzione delle frequenze dedicate si provvederà ai collegamenti mediante telefoni cellulari

Personale:

- Responsabile di C.O.: è un dirigente medico con documentata esperienza nel settore dell'emergenza sanitaria e nella gestione di sistemi complessi.

Al responsabile di centrale compete:

- l'organizzazione generale del sistema
- la definizione dei protocolli operativi
- la definizione e conduzione dei programmi periodici di verifica e promozione della qualità
- la definizione delle linee di indirizzo per la formazione del personale
- il collegamento funzionale con il DEA di riferimento

Personale medico:

I medici assegnati alla C.O., come individuati dalla Delibera di G.R. n. 7120 del 31.12.1994, operativamente si distinguono in :

- medici addetti alla centrale operativa;
- medici addetti all'emergenza territoriale (unità operative).

Essi svolgono i compiti loro assegnati nelle linee guida (n.1 1996) in applicazione del DPR 27.3.1992.

Il medico addetto alla C.O. esplica a rotazione funzioni di coordinamento per quanto di seguito indicato:

- supervisione dell'attività di soccorso operato dai mezzi sul territorio;
- radioconsulenza agli equipaggi dei mezzi di soccorso;
- consulenza su richiesta agli operatori di centrale;
- intervento nelle macro-emergenze per le operazioni di triage;
- rapporti con gli ospedali in caso di trasferimenti;

- rapporti con Enti e strutture regionali deputati all'emergenza;
- interventi territoriali in caso di necessità;
- altre attività concordate con il responsabile.

I medici addetti all'emergenza territoriale svolgono i compiti previsti dalla normativa vigente, tra i quali è prioritaria l'attività di soccorso primario territoriale che deve essere sempre e comunque assicurata nell'arco delle 24 ore senza soluzione di continuità.

Personale infermieristico:

E' composto da infermieri con esperienza nell'area critica e che abbiano seguito corsi di formazione nel settore dell'emergenza. Ad essi competono le funzioni previste nelle linee-guida n. 1/1996. Nella C.O. è prevista la figura del capo-sala (o responsabile infermieristico) con compiti di gestione del personale infermieristico ed ausiliario e delle componenti tecnico-logistiche delle attività di centrale (gestione dei trasporti secondari, approvvigionamento farmaci, ecc.).

Agli infermieri di C.O. compete la ricezione e selezione delle chiamate, la classificazione delle stesse con il sistema "dispatch" e l'attivazione della risposta adeguata al caso, in situazioni critiche interviene il medico presente in centrale. Gli stessi vengono impegnati a bordo delle ambulanze nel territorio di competenza.

Personale amministrativo:

E' prevista l'assegnazione di almeno una unità amministrativa.

Aggiornamento e formazione del personale:

I programmi di aggiornamento, differenziati per qualifica ma con periodiche sedute comuni, dovranno essere riferiti in particolare a:

- 1) attività clinico-assistenziali in urgenza-emergenza
- 2) utilizzo dei protocolli elaborati dalla C.O.
- 3) utilizzo dei sistemi informatici e di radiocomunicazioni
- 4) umanizzazione del rapporto con l'utenza
- 5) coordinamento con gli altri servizi di soccorso non sanitario.

Per garantire livelli di uniformità su tutto il territorio regionale, si individuano come prioritarie le seguenti linee alle quali ispirare i processi formativi :

- addestramento con obiettivi comuni per medici ed infermieri della C.O.;
- formazione dei formatori;
- aggiornamento del personale infermieristico compreso quello delle unità operative dislocate sul territorio;
- aggiornamento del personale medico;
- formazione ed aggiornamento dei medici della continuità assistenziale;
- formazione dei volontari soccorritori;
- formazione specifica del personale sanitario utilizzato in elisoccorso.

La realizzazione degli interventi per la formazione deve essere gestita a livello regionale.

Al fine di favorire un corretto utilizzo del sistema di emergenza da parte della popolazione è opportuno avviare programmi di educazione sanitaria nelle scuole.

Sistema territoriale:

Le modalità di risposta alle richieste di soccorso saranno modulate in base alla tipologia della richiesta nonché tenendo conto del personale e dei mezzi a disposizione:

1) ambulanza di soccorso di base e di trasporto (tipo B ex DM 553/87): equipaggio composto da autista-soccorritore e da infermiere:

2) ambulanza di soccorso avanzato (tipo A ex DM 553/87): automezzo attrezzato per il supporto vitale di base e avanzato; equipaggio composto da autista-soccorritore e da infermiere e medico del servizio "118"

3) centro mobile di rianimazione: automezzo con le caratteristiche del tipo A e con rianimatore a bordo;

4) eliambulanza: il servizio svolge compiti integrativi delle altre forme di soccorso in un sistema di risorse che ne privilegia l'impiego nelle zone a limitata accessibilità e per eventi, individuati come gravi, dove altri mezzi non siano egualmente efficaci. È coordinato dalla C.O. competente per territorio costante collegamento con le altre C.O. della Regione. L'equipaggio sanitario, di norma, è costituito da anestesista-rianimatore ed infermiere con esperienza e formazione specifica.

La selezione del personale costituente l'equipaggio sanitario (medico ed infermiere professionale) verrà effettuata sulla base di formazione e competenza specifica nel settore dell'emergenza.

Per consentire un corretto impiego del mezzo aereo viene individuata in prossimità di ogni presidio ospedaliero una elisuperficie a norma.

Il responsabile della C.O. competente per territorio propone alla Direzione Generale il numero, le caratteristiche e la dislocazione dei mezzi di soccorso in relazione alle caratteristiche orografiche e di densità abitativa ed i tempi di percorrenza dai vari nodi del servizio agli ospedali.

Per lo svolgimento del servizio di raccolta e di trasporto di malati e infortunati, le Aziende Sanitarie Locali possono stipulare appositi convenzioni con associazioni del volontariato e organizzazioni no profit in possesso della apposita autorizzazione sanitaria rilasciata dalla Regione.

Al fine di evitare disfunzioni e costi impropri occorre definire tramite accordi con caratteristiche di uniformità su tutto il territorio regionale ruoli e competenze delle associazioni di volontariato utilizzando protocolli omogenei di formazione e di elaborazione progettuale.

Al fine di ottimizzare la collaborazione con i vari Corpi ed Enti dello Stato (Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, Guardia Forestale, Guardia di Finanza, Soccorso Alpino, Polizia Municipale, Guardia Costiera, ecc.) saranno elaborati a livello regionale protocolli di intervento comuni, comprendenti corsi di formazione congiunti e flussi operativi finalizzati al corretto sviluppo dell'intervento di soccorso e alla migliore integrazione tra le varie strutture.

Le aziende Sanitarie Locali devono mettere a punto specifici programmi di verifica della qualità delle prestazioni svolte in questo settore.

L'Assessorato della Sanità cura il coordinamento delle attività tecnico - organizzative al servizio 118.

La Giunta regionale adotta tutti gli atti necessari per la funzionalità nonché la l'efficienza del servizio in parola.

Entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano la Giunta regionale adotterà apposito progetto per assicurare attraverso le centrale operative del 118 il servizio di telesoccorso.

Campagna informativa

Il "118" è il fulcro del Servizio di emergenza territoriale. E' necessario per questo che il cittadino ne conosca l'esistenza e le funzioni per farne un uso proprio e coerente.

Su questa base è opportuno realizzare una campagna di comunicazione informativa mirata a tutta la popolazione regionale.

■ - I DISTRETTI SANITARI DI BASE

LE FUNZIONI DEL DISTRETTO SANITARIO DI BASE

In coerenza con i compiti attribuiti al D.S.B. e al ruolo del medico e del pediatra di famiglia, le funzioni dell'attività distrettuale sono quelle già indicate nel P.S.R. '94-'96 (L.R. 72/94), che vengono confermate, in particolare quelle relative alla organizzazione strutturale minima ed alla dotazione organica minimale ai fini della relativa attivazione nonché l'organizzazione complessiva distrettuale, specificate nel modo seguente:

a) erogazione dei seguenti livelli di assistenza sanitaria:

- assistenza sanitaria di base;
- assistenza specialistica, semiresidenziale e territoriale;
- assistenza sanitaria a non autosufficienti e a lungodegenti stabilizzati;

b) gestione delle attività delegate dagli Enti Locali;

c) accoglimento della domanda del cittadino e orientamento dello stesso presso le proprie strutture o verso quelle accreditate. Per adempiere tale funzione viene istituito in tutti i distretti **uno sportello tele - informatico**, con il compito di costituire un'interfaccia con i servizi centrali dell'Azienda, in particolare modo con il C.U.P. centrale, e di raccogliere ed analizzare le richieste e le esigenze del paziente - utente ed indirizzarlo intramoenia o all'esterno delle diverse strutture sanitarie e socio - assistenziali componenti la rete dei servizi. Inizia in questo modo la "presa in carico globale" del paziente che si rivolge direttamente al distretto (o per il tramite del medico o del pediatra di famiglia), l'analisi delle esigenze dell'utente e, contestualmente, un "primo indirizzo" dello stesso alla struttura appropriata;

d) estensione del servizio di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) almeno al 5% della popolazione ultrasessantacinquenne con gli standards organizzativi e metodologici di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n.310 del 12.2.1996. L'ADI, che per i casi semplici è gestita direttamente dal medico di medicina generale attraverso il distretto di appartenenza e con la disponibilità rapida degli operatori interessati, per i casi complessi, rappresentati da pazienti con elevati indici di comorbilità, necessità assistenziali superiori a 30 giorni, necessità di intervento di più operatori su obiettivi diversi, pazienti provenienti da lungodegenza o RSA, deve essere attivata sulla base del programma di trattamento stabilito, per i pazienti di età inferiore ai 65 anni, dalla **unità di valutazione multidimensionale** (U.D.M.) costituita dal medico del DSB, dall'assistente sociale, dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta per i minori e dallo specialista della branca interessata al caso, mentre per gli ultrasessantacinquenni, dalla **unità di valutazione geriatrica** (U.V.G.).

Le suddette Unità di Valutazione, per i pazienti di competenza, oltre a predisporre il piano di assistenza, effettueranno i controlli periodici.

Fermo restando quanto già previsto nel primo P.S.R. in ordine al ruolo ed alle competenze dell'assistente sanitario, si richiama qui l'impiego di questi operatori in ambito distrettuale con particolare riferimento per i compiti richiesti dall'assistenza domiciliare integrata.

e) Attivazione di una regolare attività ambulatoriale per il controllo sanitario dei lavoratori minorenni ed apprendisti, in base a quanto previsto dalla legislazione vigente.

Nella tabella che segue individuati per ciascuna USL i relativi distretti.

AMBITO TERRITORIALE USL AVEZZANO - SULMONA			
DISTRETTO SANITARIO DI BASE	Superficie kmq	Densità (Abitanti/ kmq)	Residenti al 31.12.1996
■ = DSB attivato			

1. DSB - AVEZZANO	104,04	375,6	39074
AVEZZANO	104,04	375,6	39074

■ 2. DSB - TRASACCO	226,61	62,8	14241
COLLELONGO	57,17	28,1	1606
LUCO dei MARSI	44,59	123,5	5505
TRASACCO	51,41	118,0	6068
VILLAVALLELONGA	73,44	14,5	1062

■ 3. DSB - CIVITELLA R.	329,66	61,5	20261
BALSORANO	58,01	64,8	3757
CANISTRO	15,78	66,9	1056
CAPISTRELLO	60,85	94,6	5755
CASTELLAFIUME	24,61	41,1	1011
CIVITA D'ANTINO	29,11	36,7	1067
CIVITELLA ROVETO	45,35	72,6	3291
MORINO	52,58	30,7	1615
S. VINCENZO VALLE ROVETO.	43,37	62,5	2709

■ 4. DSB - TAGLIACOZZO	363,32	44,3	16108
CAPPADOCIA	67,42	8,5	575
MAGLIANO dei MARSI	67,96	52,4	3563
MASSA d'ALBE	68,47	19,6	1342
SANTE MARIE	40,06	35,8	1433
SCURCOLA MARSICANA	30,01	82,3	2469
TAGLIACOZZO	89,4	75,2	6726

5. DSB - CARSOLI	184,55	39,6	7303

CARSOLI	95,27	54,3	5169
ORICOLA	18,4	51,1	940
PERETO	41,11	17,1	701
ROCCA DI BOTTE	29,77	16,6	493

6. DSB - CELANO	205,42	77,8	15984
AIELLI	34,7	42,8	1486
CELANO	91,77	125,7	11532
CERCHIO	20,11	85,4	1717
OVINDOLI	58,84	21,2	1249

7. DSB - PESCINA	185,27	60,4	11185
BISEGNA	46,15	8,9	412
COLLARMELE	23,7	45,0	1066
ORTONA dei MARSÌ	52,66	16,4	864
PESCINA	37,51	128,6	4822
S.BENEDETTO dei MARSÌ	25,25	159,2	4021

8.DSB-GIOIA D. MARSÌ	164,99	37,4	6165
GIOIA dei MARSÌ	63,39	37,1	2349
LECCE dei MARSÌ	65,98	26,8	1769
ORTUCCHIO	35,62	57,5	2047

9.DSB-CASTEL d.SANGR.	187,39	44,0	8245
ALFEDENA	40,27	18,2	732
ATELETA	41,69	31,2	1300
CASTEL di SANGRO	84,05	67,0	5631
SCONTRONE	21,38	27,2	582

10. DSB - ROCCARASO	133,85	28,1	3760
PESCOCOSTANZO	52,25	25,2	1318
RIVISONDOLI	31,65	24,6	778
ROCCARASO	49,95	33,3	1664

11.DSB-PESCASSERO.	278,91	16,3	4553
BARREA	86,96	9,3	806
CIVITELLA ALFEDENA	29,5	10,5	310
OPI	49,37	10,7	526
PESCASSEROLI	92,54	25,0	2312
VILLETTA BARREA	20,54	29,2	599

12.DSB -PRATOLA PEL.	126,56	116,7	14771
CORFINIO	18,21	53,2	969
PRATOLA PELIGNA	28,27	283,9	8025

PREZZA	19,71	58,9	1160
RAIANO	29,1	94,6	2752
ROCCACASALE	17,23	45,5	784
VITTORITO	14,04	77,0	1081

13.DSB-CASTELVECC. S.	137,04	27,7	3798
CASTEL di IERI	18,79	22,9	431
CASTELVECCHIO S.	19,23	69,9	1344
GAGLIANO ATERNO	33,36	10,7	358
GORIANO SICOLI	21,77	30,2	657
MOLINA ATERNO	11,84	42,7	505
SECINARO	32,05	15,7	503

■ 14. DSB - SULMONA	370,9	88,3	32742
BUGNARA	25,77	46,8	1206
CAMPO di GIOVE	30,45	30,1	916
CANSANO	40,21	7,9	319
INTRODACQUA	36,97	47,3	1750
PACENTRO	71,99	18,8	1354
PETTORANO sul GIZIO	62,38	20,3	1268
ROCCAPIA	44,8	5,3	236
SULMONA	58,33	440,5	25693

■ 15. DSB - SCANNO	232,83	15,7	3651
ANVERSA degli ABRUZZI	31,78	13,5	429
COCULLO	31,72	11,4	363
SCANNO	134,04	16,3	2187
VILLALAGO	35,29	19,0	672

USL AVEZZANO SULMONA	3231,3	62,5	201841
<i>N.15 DSB di cui n.9 attivati</i>			

**AMBITO TERRITORIALE USL
CHIETI**

DISTRETTO SANITARIO DI BASE	Superficie kmq	Densità (Abitanti/ kmq)	Residenti al 31.12.1996
■ = DSB attivato			

■ 1. DSB - CHIETI	39,09	1065,4	41641
CHIETI	39,09	1065,4	41641

2. DSB-CHIETI SCALO	19,54	785,1	15343
CHIETI SCALO	19,54	785,1	15343

3. DSB - BUCCHIANICO	54,37	141,7	7702
BUCCHIANICO	38,50	125,2	4820
CASALINCONTRADA	15,87	181,6	2882

4. DSB-FRANCAVILLA	22,99	1027,9	23632
FRANCAVILLA al MARE	22,99	1027,9	23632

5. DSB-S. GIOVANNI T.	32,79	771,90	13192
S. GIOVANNI TEATINO	18,19	535,7	9744
TORREVECCHIA T.	14,60	236,2	3448

6. DSB-MIGLIANICO	67,53	184,9	12489
MIGLIANICO	22,59	199,5	4507
RIPA TEATINA	20,09	188,2	3781
VACRI	12,09	145,6	1760
VILLAMAGNA	12,76	191,3	2441

7. DSB GUARDIAGRELE	202,37	96,7	19574
CASACANDITELLA	12,41	117,1	1453
FARA FILIORUM PETRI	14,81	131,7	1950
GUARDIAGRELE	56,35	177,6	10008
PENNAPIEDIMONTE	47,16	13,1	617
PRETORO	26,07	42,6	1110
RAPINO	20,22	76,1	1539
ROCCAMONTEPIANO	18,1	109,0	1973
S.MARTINO MARRUCINA	7,25	127,4	924

8. DSB - ORTONA	70,19	333,2	23387
ORTONA	70,19	333,2	23387

9. DSB - ORSOGNA	71,46	124,1	8869
ARI	11,19	122,7	1373
ARIELLI	11,51	108,5	1249
FILETTO	13,58	88,2	1198
ORSOGNA	25,26	159,8	4037
POGGIOFIORITO	9,92	102,0	1012

10. DSB TOLLO	58,18	175,9	10236
CANOSA SANNITA	14,1	110,7	1561

CRECCHIO	19,36	165,2	3198
GIULIANO TEATINO	9,84	138,0	1358
TOLLO	14,88	276,8	4119

USL CHIETI <i>N.10 DSB di cui 7 attivati</i>	638,51	263,7	168363
--	---------------	--------------	---------------

**AMBITO TERRITORIALE USL
L'AQUILA**

DISTRETTO SANITARIO DI BASE	Superficie kmq	Densità (Abitanti/ kmq)	Residenti al 31.12.1996
■ = DSB attivato			

■ 1. DSB - L'AQUILA	466,96	148,3	69233
L'AQUILA	466,96	148,3	69233

2. DSB - MONTEREALE	271,17	25,1	6814
BARETE	24,33	27,7	674
CAGNANO AMITERNO	60,24	26,6	1605
CAMPOTOSTO	51,58	14,3	737
CAPITIGNANO	30,63	23,6	722
MONTEREALE	104,39	29,5	3076

3. DSB TORNIMPARTE	284,76	33,8	9614
LUCOLI	109,74	9,3	1022
PIZZOLI	56,11	52,8	2964
SCOPPITO	53,04	48,4	2568
TORNIMPARTE	65,87	46,5	3060

■ 4. DSB - BARISCIANO	470,11	17,4	8190
BARISCIANO	78,56	23,3	1831
CALASCIO	39,84	4,7	187
CAPESTRANO	43,08	26,0	1118
CAPORCIANO	18,29	16,2	297
CARAPELLE CALVISIO	14,48	8,4	121
CASTEL DEL MONTE	57,83	10,7	618
CASTELVECCHIO CALV.	15,09	15,6	236
COLLEPIETRO	15,24	21,3	325
NAVELLI	42,12	16,2	683
OFENA	36,72	18,5	680
POGGIO PICENZE	11,62	84,7	984
S. BENEDETTO IN P.	19,01	8,7	165

S. PIO DELLE CAMERE	17,27	32,1	555
S. STEFANO DI SESS.	33,29	4,1	136
VILLA S. LUCIA d/ab.	27,67	9,2	254

■ 5. DSB-S. DEMETRIO V.	171,82	32,7	5625
ACCIANO	32,36	13,8	445
FAGNANO ALTO	24,48	19,3	472
FONTECCHIO	16,89	26,4	446
FOSSA	8,63	78,0	673
PRATA D'ANSIDONIA	19,66	30,9	607
S. DEMETRIO NE' VESTINI	16,33	98,5	1608
S. EUSANIO FORCONESE	7,97	59,5	474
TIONE DEGLI ABRUZZI	40,24	11,1	445
VILLA S. ANGELO	5,26	86,5	455

■ 6. DSB - ROCCA D. M.	138,3	22,2	3076
OCRE	23,54	44,8	1055
ROCCA DI CAMBIO	27,62	17,0	469
ROCCA DI MEZZO	87,14	17,8	1552

USL L'AQUILA <i>N.6 DSB di cui n.4 attivati</i>	1803,1	56,9	102552
---	---------------	-------------	---------------

**AMBITO TERRITORIALE USL
LANCIANO - VASTO**

DISTRETTO SANITARIO DI BASE	Superficie kmq	Densità (Abitanti/ kmq)	Residenti al 31.12.1996
■ = DSB attivato			

■ 1. DSB - LANCIANO	87,98	443,5	39020
CASTEL FRENTANO	21,89	180,6	3954
LANCIANO	66,09	530,6	35066

2. DSB S.VITO	54,5	192	10468
FRISIA	11,39	172,5	1965
ROCCA S. GIOVANNI	21,47	110,4	2371
S. VITO CHIETINO	16,81	294,0	4942
TREGLIO	4,83	246,4	1190

3. DSB FOSSACESIA	49,9	174,8	8726
--------------------------	-------------	--------------	-------------

FOSSACESIA	30,08	166,5	5008
MOZZAGROGNA	13,81	144,1	1990
S.MARIA IMBARO	6,01	287,5	1728

4. DSB CASOLI	123,64	99,8	12340
ALTINO	15,16	166,6	2525
CASOLI	66,67	91,4	6092
PALOMBARO	17,85	68,1	1216
S.EUSANIO SANGRO	23,96	104,6	2507

5. DSB LAMA D. PEL.	221,72	30,4	6747
CIVITELLA M. RAIMONDO	12,37	85,3	1055
FARA S.MARTINO	43,66	39,2	1713
LAMA DEI PELIGNI	31,33	47,3	1481
LETTO PALENA	20,97	20,1	421
PALENA	91,74	16,6	1521
TARANTA PELIGNA	21,65	25,7	556

6. DSB TORRICELL. P.	130,81	48,4	6331
COLLEDIMACINE	11,39	29,0	330
GESSOPALENA	31,42	57,4	1803
MONTENERODOMO	29,98	33,4	1001
ROCCASCALEGNA	22,63	64,9	1468
TORRICELLA PELIGNA	35,39	48,9	1729

7. DSB ATESSA	206,40	100,3	20704
ARCHI	28,18	82,7	2331
ATESSA	110,03	93,8	10319
PAGLIETA	34,18	127,1	4345
PERANO	6,28	266,4	1673
TORNARECCIO	27,73	73,4	2036

8. DSB QUADRI	127,75	34,9	4454
BORRELLO	14,4	34,2	493
CIVITALUPARELLA	22,51	20,9	471
FALLO	5,99	33,9	203
GAMBERALE	15,57	29,6	461
PIZZOFERRATO	30,85	40,8	1260
QUADRI	7,41	131,2	972
ROIO del SANGRO	11,73	18,2	213
ROSELLO	19,29	19,8	381

9. DSB VILLA S.MARIA	129,14	42,6	5501
BOMBA	18,13	57,1	1036

COLLEDIMEZZO	11,06	58,8	650
MONTAZZOLI	39,22	31,2	1223
MONTEBELLO SANGRO	5,4	25,0	135
MONTEFERRANTE	15,22	13,5	205
MONTELAPIANO	8,26	16,5	136
PENNADOMO	11,33	35,3	400
PIETRAFERRAZZANA	4,34	35,7	155
VILLA S.MARIA	16,18	96,5	1561

10. DSB VASTO	96,06	381,3	36630
VASTO	70,69	484,7	34266
MONTEODORISIO	25,37	93,2	2364

■ 11.DSB S.SALVO	127,55	188,7	24065
CELENZA sul TRIGNO	22,6	52,2	1179
CUPELLO	48,02	89,5	4299
FRESAGRAN DINARIA	24,79	51,8	1285
LENTELLA	12,53	61,4	769
S.SALVO	19,61	843,1	16533

12.DSB CASALBORDINO	154,44	111,2	17175
CASALBORDINO	45,9	143,9	6606
POLLUTRI	26,11	96,5	2520
SCERNI	41,06	92,4	3793
TORINO DI SANGRO	32,31	96,8	3128
VILLA ALFONSINA	9,06	124,5	1128

13. DSB GISSI	249,62	49,7	12410
CARPINETO SINELLO	29,48	27,0	796
CARUNCHIO	32,39	26,1	844
CASALANGUIDA	13,59	85,1	1156
DOGLIOLA	11,64	37,4	435
FURCI	26,2	51,3	1345
GISSI	36,03	88,7	3197
GUILMI	12,98	48,9	635
LISCIA	8,02	108,6	871
PALMOLI	32,76	37,8	1239
S.BUONO	25,03	51,0	1277
TUFILLO	21,5	28,6	615

■ 14.DSB CASTIGL. M.M	189,13	45,1	8534
CASTIGLIONE M.M.	47,7	51,3	2445
CASTELGUIDONE	14,87	34,2	508
FRAINE	16,1	30,4	490
ROCCASPINALVETI	32,92	54,7	1800

S.GIOVANNI LIPIONI	8,67	43,9	381
SCHIAVI d'ABRUZZO	45,28	35,4	1605
TORREBRUNA	23,59	55,3	1305

USL LANCIANO-VASTO <i>N.14 DSB di cui n.6 attivati</i>	1948,6	109,4	213105
--	---------------	--------------	---------------

**AMBITO TERRITORIALE USL
PESCARA**

DISTRETTO SANITARIO DI BASE	Superficie kmq	Densità (Abitanti/ km2)	Residenti al 31.12.1996
■ = DSB attivato			

■ 1. DSB PESCARA	16,81	3508,5	58979
PESCARA	16,81	3508,5	58978,5

■ 2. DSB PESCARA SUD	16,81	3508,5	58979
PESCARA SUD	16,81	3508,5	58978,5

■ 3. DSB MONTESILVA.	28,85	1460,3	42131
CAPPELLE SUL TAVO	5,46	652,6	3563
MONTESILVANO	23,39	1648,9	38568

■ 4. DSB CITTA' S.ANG.	76,11	164,1	12492
CITTA' S.ANGELO	61,95	173,8	10770
ELICE	14,16	121,6	1722

■ 5. DSB SPOLTORE	36,74	380,8	13989
SPOLTORE	36,74	380,8	13989

6. DSB PIANELLA	67,08	156,3	10483
MOSCUFO	20,24	148,7	3010
PIANELLA	46,84	159,5	7473

■ 7. DSB CEPAGATTI	71,83	185,9	13353
CEPAGATTI	30,34	282,3	8564
NOCCIANO	13,66	120,4	1644
ROSCIANO	27,83	113,0	3145

■ 8. DSB PENNE	164,46	103,3	16983
FARINDOLA	45,31	44,0	1995
MONTEBELLO di B.	21,3	55,8	1189
PENNE	90,42	137,4	12428
PICCIANO	7,43	184,5	1371

■ 9. DSB CIVITELLA C.	131,63	57,7	7594
BRITTOLI	15,81	26,6	421
CARPINETO DELLA NORA	23,28	31,8	741
CATIGNANO	17,04	92,7	1580
CIVITAGUANA	21,78	62,9	1370
CIVITELLA CASANOVA	31,77	66,5	2112
VICOLI	9,38	47,5	446
VILLA CELIERA	12,57	73,5	924

■ 10. DSB LORETO A.	91,62	138,0	12647
COLLECORVINO	32,07	159,5	5114
LORETO APRUTINO	59,55	126,5	7533

■ 11. DSB POPOLI	90,53	128,8	11659
BUSSE sul TIRINO	26,29	121,1	3183
POPOLI	34,34	161,6	5550
TOCCO DA CASURIA	29,9	97,9	2926

■ 12. DSB TORRE D. PA.	86	82,0	7053
BOLOGNANO	16,75	76,2	1276
CASTIGLIONE A CASA.	16,65	55,7	928
CORVARA	13,71	23,8	326
PESCOSANSONESCO	18,46	30,2	557
PIETRANICO	14,5	46,5	674
TORRE DEI PASSERI	5,93	555,1	3292

■ 13. DSB SCAFA	143,28	138,2	19804
ALANNO	32,51	116,4	3785
CUGNOLI	15,95	106,1	1692
LETTOMANOPPELLO	15,06	207,4	3123
MANOPPELLO	39,48	143,6	5668
SCAFA	10,09	394,8	3984
SERRAMONASCESCA	23,89	28,6	683
TURRIVALIGNANI	6,3	137,9	869

■ 14. DSB S.VALENTINO	202,92	31,7	6439
ABBATEGGIO	15,71	27,4	431
CARAMANICO	84,55	26,1	2210

ROCCAMORICE	24,65	43,0	1059
SALLE	21,61	18,2	394
S.EUFEMIA a MAIELLA	40,05	9,9	397
S.VALENTINO in A.C.	16,35	119,1	1948

USL PESCARA <i>N.14 DSB di cui 13 attivati</i>	1224,7	227,5	278595
--	---------------	--------------	---------------

**AMBITO TERRITORIALE USL
TERAMO**

DISTRETTO SANITARIO DI BASE	Superficie kmq	Densità (Abitanti/ kmq)	Residenti al 31.12.1996
■ = DSB attivato			

■ 1. DSB TERAMO	604,65	125,5	75935
CAMPLI	73,8	98,2	7244
BASCIANO	18,69	126,1	2357
CANZANO	16,9	109,6	1852
CASTELLALTO	33,87	191,3	6479
CORTINO	62,8	15,0	940
ROCCA S.MARIA	61,23	12,8	785
TERAMO	152	343,5	52212
TORRICELLA SICURA	54,03	49,3	2662
VALLE CASTELLANA	131,33	10,7	1404

■ 2. DSB MONTORIO V.	258,14	43,7	11279
CROGNALETO	124,54	13,2	1639
FANO ADRIANO	35,46	11,6	413
MONTORIO AL VOMANO	53,49	166,1	8885
PIETRACAMELA	44,65	7,7	342

3. DSB ISOLA d. G.SAS.	196,46	54,8	10760
CASTEL CASTAGNA	17,73	31,6	560
CASTELLI	49,77	30,0	1492
COLLEDARA	19,98	109,3	2183
ISOLA DEL GRAN SASSO	83,69	59,8	5001
TOSSICIA	25,29	60,3	1524

4. DSB S.EGIDIO	109,48	143,4	15694
ANCARANO	13,73	126,3	1734

CIVITELLA DEL TRONTO	77,51	70,4	5453
S.EGIDIO ALLA VIBRATA	18,24	466,4	8507

■ 5. DSB S.OMERO	96,03	185,2	17783
CONTROGUERRA	22,85	110,2	2518
CORROPOLI	21,97	173,2	3805
NERETO	7,04	629,7	4433
S.OMERO	33,97	157,8	5361
TORANO NUOVO	10,2	163,3	1666

6. DSB TORTORETO	32,38	543,6	17602
ALBA ADRIATICA	9,48	1040,8	9867
TORTORETO	22,9	337,8	7735

7. DSB MARTINSICURO	36,27	450,3	16334
COLONNELLA	22,1	142,6	3152
MARTINSICURO	14,17	930,3	13182

■ 8. DSB GIULIANOVA	27,46	798,1	21917
GIULIANOVA	27,46	798,1	21917

9. DSB MOSCIANO S.A.	98,15	151,5	14870
BELLANTE	49,88	136,4	6806
MOSCIANO S.ANGELO	48,27	167,1	8064

■ 10. DSB ROSETO d. A.	119,43	263,7	31494
MORRO D'ORO	28,18	114,5	3226
NOTARESCO	38,1	174,2	6638
ROSETO degli ABRUZZI	53,15	407,0	21630

11. DSB CERMIGNANO	81,19	82,3	6681
CELLINO ATTANASIO	43,99	64,3	2830
CERMIGNANO	26,15	80,0	2091
PENNA S.ANDREA	11,05	159,3	1760

12.DSB BISENTI	114,33	63,5	7255
ARSITA	34,12	29,7	1015
BISENTI	30,88	78,4	2422
CASTIGLIONE M.R.	30,84	82,8	2555
MONTEFINO	18,49	68,3	1263

■ 13.DSB ATRI	115,94	112,8	13082
ATRI	92,29	123,8	11427
CASTILENTI	23,65	70,0	1655

14.DSB SILVI	58,35	459,8	26832
PINETO	37,69	339,6	12801
SILVI	20,66	679,1	14031

USL TERAMO <i>N.14 DSB di cui n.6 attivati</i>	1948,3	139,2	271184
--	---------------	--------------	---------------

AMBITO TERRITORIALE REGIONE ABRUZZO			
AZIENDE USL N.6	Superficie kmq	Densità (Abitanti/ kmq)	Residenti al 31.12.1996
DISTRETTI SANITARI DI BASE N.73 <i>di cui n.45 attivati</i>	10795	114,5	1235640

I Direttori Generali delle USL devono procedere all'avvio dei distretti non ancora attivati entro e non oltre il 31.12.99.

Richiamando esplicitamente i contenuti esposti nel Piano Sanitario Regionale '94-'96, si presenta di seguito un quadro indicativo delle funzioni generali sopra elencate.

ATTIVITÀ DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

- effettuazione dei prelievi emodiagnostici e raccolta di campioni biologici per accertamenti chimico - clinici. Tale attività può avvenire in forma limitata o diffusa, tenendo presenti le dimensioni del distretto e la possibilità di poterla effettuare presso gli studi dei medici e pediatri di base con la collaborazione programmata di personale infermieristico per la raccolta dei campioni e per l'invio corretto dei campioni ai laboratori dell'Azienda. I relativi referti potranno essere trasmessi con i comuni mezzi tele - informatici nel rispetto della normativa vigente;
- effettuazione di elettrocardiogrammi nella sede del centro da parte del personale infermieristico e su richiesta dei medici e dei pediatri di base per la successiva interpretazione da parte dello specialista cardiologo;
- effettuazione di terapie inalatorie ed aerosoliche alla presenza di personale infermieristico e su prescrizione dei medici di base o specialisti;
- effettuazione di iniezioni intradermiche e/o intramuscolari da parte di personale infermieristico su prescrizione medica;

- ripetizione di medicazioni e bendaggi semplici da parte del medico e del personale infermieristico a seconda dell'impegno richiesto dalla prestazione, eventuale rimozione di punti di sutura;

- effettuazione delle vaccinazioni consigliate su scala regionale.

ASSISTENZA MEDICA E PEDIATRICA DI BASE

- prestazioni ambulatoriali e domiciliari, secondo quanto previsto dagli accordi collettivi nazionali e integrativi regionali;

- certificazioni previste dalle leggi in vigore e dagli accordi collettivi nazionali;

- prestazioni di tipo preventivo e di educazione sanitaria, sulla base di quanto previsto dagli Accordi collettivi nazionali di lavoro e dalle disposizioni regionali e aziendali;

- compilazione e tenuta delle cartelle sanitarie individuali;

- guardia medica prefestiva, festiva e notturna, secondo gli accordi nazionali.

Tale prestazione è di norma organizzata su base polidistrettuale. Al fine di non scindere l'unitarietà e la continuità assistenziale, per l'organizzazione del servizio di guardia possono sperimentate forme di guardia con il coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale e per quanto riguarda i pediatri di libera scelta forme di guardia pediatrica attiva o di consulenza telefonica di supporto alla continuità assistenziale.

Presso il DSB di L'Aquila è attivato un punto di primo intervento così come previsto dalla rete dei servizi per l'emergenza.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Accanto alle prestazioni più sopra richiamate e coinvolgenti il personale infermieristico, si prevede:

- collaborazione ai medici nell'ambito del D.S.B.;

- organizzazione delle attività infermieristiche in rapporto agli obiettivi dell'unità operativa e dei bisogni sanitari emergenti;

- collaborazione con l'équipe residenziale per l'attuazione dei piani di assistenza infermieristica;

- collaborazione al controllo e al coordinamento dell'attività del personale ausiliario;

- individuazione dei bisogni di assistenza di coloro che si rivolgono al DSB e pianificazione ed attuazione degli interventi infermieristici sia presso il Distretto che al domicilio del paziente.

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Si richiama integralmente quanto già previsto dal P.S.R. 1994-1996.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (Guardia medica)

Il modello organizzativo già adottato dalla Regione per quanto riguarda la guardia medica prefestiva, festiva e notturna è confermato. Per lo svolgimento del servizio di continuità assistenziale sono incaricati i medici individuati al comma 3.c dell'art.48 del D.P.R. 484/96.

EDUCAZIONE ALIMENTARE

Per l'espletamento delle attività di educazione alimentare e per le necessarie consulenze in ordine alle problematiche nutrizionali degli utenti del distretto, il Responsabile del D.S.B. si avvale della prestazione dei servizi per la nutrizione dell'adulto e dei soggetti in età evolutiva (L.R. n.6/97) e della prestazione dei dietisti della USL.

EDUCAZIONE SANITARIA

Nel rinviare all'apposito capitolo dedicato all'educazione alla salute (parte quinta), si ribadisce che l'allestimento delle relative attività, specificatamente rivolte a particolari aspetti sanitari e rivolte a gruppi più o meno ampi di popolazione è compito dell'apposito ufficio centrale dell'A.U.S.L.

Tuttavia, livello di DSB

a livello di D.S.B., da un lato vanno attuati i programmi dell'Azienda nello specifico settore "interpretandoli" sulla base delle condizioni e delle caratteristiche del distretto stesso, dall'altro si ritiene necessario che gli operatori distrettuali si attivino per segnalare esigenze specifiche, anche sulla base di rilievi epidemiologici.

E' in ogni caso da convenire che l'attività di educazione sanitaria deve costituire una modalità costante di relazione con il paziente - utente, quale che sia la condizione sanitaria, nel suo rapporto con gli operatori e con i servizi distrettuali.

E' facoltà dei Distretti promuovere, in collaborazione dei servizi e le professionalità necessarie iniziative autonome di educazione sanitaria su specifiche problematiche emergenti.

IL CONSULTORIO FAMILIARE

Il Consultorio familiare che è un servizio socio-sanitario la cui specificità, rispetto ad altri presidi dei servizi sociali e sanitari più specialistici è quella di essere una struttura operativa di base in contatto con il tessuto sociale e con i suoi bisogni primari colti nella loro quotidianità e normalità oltre che nelle inevitabili disfunzioni e patologie. A differenza di altri servizi più specialistici il Consultorio opera con una "presa in carico" dei problemi, non aspettando che essi si manifestino, ma prevedendoli attraverso la conoscenza dei bisogni effettivi della comunità e interpretando le domande delle persone e accompagnando queste nell'impostazione e nella risoluzione dei problemi, mettendole in contatto con altri servizi, svolgendo un ruolo di raccordo e accompagnamento.

La funzione sociale del C.F. si esplica quindi non tanto come erogazione di assistenza (tipo segretariato sociale), ma nell'attenzione attiva e preventiva verso i problemi della popolazione specifica servita dal C.F.; nell'attenzione agli utenti; nella

disposizione degli operatori ad interventi duttili ed integrati, nella compresenza operativa di competenze diverse nel lavoro di équipe.

Ugualmente la funzione sanitaria del C.F. si esplica non come erogazione di prestazioni mediche, ma nella vigilanza, nella sensibilizzazione e nell'intervento sui fenomeni disfunzionali in termini di salute della popolazione, particolarmente dei gruppi sociali più a rischio, come i minori, le famiglie deboli, ecc.

Le aree di attività dei C.F. devono riguardare:

a) la tutela della salute psicofisica della madre, del padre e del bambino/a (prevenzione dell'handicap, assistenza in gravidanza, preparazione al parto, ecc.);

b) la tutela della salute della persone soprattutto per quanto concerne gli aspetti della procreazione responsabile e della riproduzione (pianificazione familiare, prevenzione dei tumori dell'apparato riproduttivo, informazione ed educazione socio-sanitaria ivi compresa educazione sessuale, ecc.);

c) la tutela delle relazioni di coppia e della famiglia, inoltre l'attività consultoriale dovrebbe prevedere l'intervento psicosociale verso le aree di alto rischio (famiglie disagiate, portatori di handicap psicofisici. abuso all'infanzia);

d) promozione di attività continuative di prevenzione e di educazione socio-sanitaria e sessuale nell'ambito delle scuole medie superiori d'intesa con le autorità scolastiche.

DISTRETTI SANITARI DI BASE E AMBITO SOCIALE

Il D.S.B. resta per tutti i cittadini del proprio ambito territoriale il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda Sanitaria Locale, così come in precedenza indicato, mentre l'ambito sociale diventa il riferimento territoriale per l'organizzazione e la fruizione dei servizi socio-assistenziali.

Gli ambiti sociali sono quelli definiti dalla Legge Regionale 27.3.1998, n. 22.

Per gli interventi che si rivolgono ai soggetti deboli e alle categorie a rischio (anziani, minori, disabili, tossicodipendenti, ecc.) che richiedono una integrazione tra servizi sanitari e sociali, si fa riferimento a quanto definito dal Piano Sociale Regionale 1999 - 2001 (L.R. 27.3.1998 n. 22).

LA RELAZIONE DI DISTRETTO

Il Responsabile del D.S.B. è nominato dal Direttore Generale tra i dirigenti medici di I° e II° livello, tenendo presenti, tra l'altro, i seguenti titoli :

a. anzianità di servizio prestato nei servizi sanitari di base;

b. possesso della specializzazione in igiene.

Le risorse professionali, economiche e di altra natura presenti nel distretto sono dirette dal responsabile del DSB.

Il responsabile del D.S.B. con la collaborazione degli operatori del distretto stesso, presenta al Direttore Generale ogni anno una relazione dello stato e dell'attività del distretto finalizzato a:

- descrivere lo stato di salute della popolazione e dell'ambiente di vita e lavoro;

- analizzare l'attività dell'équipe di distretto, con riferimento alle disponibilità finanziarie e alle spese sostenute;
- indicare i programmi di attività;
- eseguire verifiche sull'andamento degli interventi stessi.

Nell'ambito di ogni azienda USL l'attività dei DSB deve essere opportunamente coordinata al fine di una migliore funzionalità ed organizzazione dei servizi.

A tale scopo il Direttore generale individua tra i responsabili dei DSB un coordinatore con il compito di raccordare periodicamente l'attività distrettuale attraverso verifiche periodiche con i responsabili dei DSB aziendali.

Nell'ambito dell'Assessorato alla Sanità sarà costituito, con decreto del Presidente della G.R., un gruppo di lavoro, composto dai coordinatori dei DSB, con il compito di verificare l'andamento dell'attività dei DSB nelle diverse AUSL.

Semestralmente il gruppo di lavoro rimette al componente la Giunta preposto al Settore Sanità apposita relazione.

■ - LA RETE OSPEDALIERA PUBBLICA

DAL PSR 1994-1996 AL PSR 1999 - 2001

Per effetto delle disposizioni programmatiche nazionali, delle decisioni assunte con il PSR 94-96 e delle successive deliberazioni della Giunta regionale l'offerta complessiva di posti letto ospedalieri pubblici si è ridotta raggiungendo, anche a seguito della rideterminazione delle Aziende sanitarie locali ai sensi dell'art.1, comma 1, della L.662/96, al 31.12.97 una dotazione complessiva di n. 5911 p.l..

Al fine del raggiungimento dello standard del 5,5 p.l. per 1000 ab., così come previsto dalla normativa vigente, i posti letto pubblici dovranno ridursi di ulteriori 102 unità che, aggiunti al ridimensionamento effettuato sul privato, di cui al pertinente capitolo, consentiranno di conseguire, l'obiettivo del 5,5 p.l. per 1000 ab. (n.7150 posti letto complessivi).

La riduzione indicata avverrà nei tempi e con le modalità di seguito precisati:

■ entro il 30.6.1999 i Direttori Generali delle USL presentano alla Giunta Regionale - Settore Sanità - proposte di rideterminazione dei posti letto pubblici al fine del raggiungimento dello standard, a livello regionale, del 5,5 p.l. per 1000 ab.;

■ entro il 31.7.1999 la Giunta Regionale, sulla scorta delle indicazioni fornite dalla Aziende sanitarie e sentita la Conferenza Permanente Regione - USL, adotta apposito provvedimento di rideterminazione dei posti letto prevedendo una riduzione complessiva di n. 102 p.l..

Al fine di evitare impatti negativi sui livelli assistenziali, la rideterminazione della rete ospedaliera dovrà essere contestualmente accompagnata da iniziative tese a:

- attivazione dei servizi sanitari territoriali per evitare forme improprie di ricovero ospedaliero;
- attivazione dell'assistenza ospedaliera domiciliare anche per far fronte a condizioni sanitarie cronicizzate;
- attivazione del programma di adeguamento della rete delle residenze sanitarie assistenziali;
- applicazione dei parametri di riferimento, tenendo conto delle esigenze assistenziali e programmatiche delle Aziende USL.

In riferimento alle Aree Funzionali Ospedaliere, i posti-letto della rete pubblica risultano, alla data di entrata in vigore del presente piano, così articolati :

1) A.F. di Medicina	n. 2276 = 1,75/000
2) A.F. di Chirurgia	n. 2167 = 1,66/000
3) A.F. Materno-Infantile	n. 734 = 0,56/000
4) A.F. delle Emergenze	n. 269 = 0,20/000
5) A.F. Lungodegenza e Riabilitazione	n. 455 = 0,35/000.

La struttura ospedaliera di Pescina si caratterizza quale centro di riferimento per attività diagnostico - terapeutica e riabilitativa degli stati fisio - patologici della età geriatrica.

La struttura ospedaliera di Tagliacozzo si caratterizza quale centro di riferimento per la medicina riabilitativa caratterizzata da attività qualificata in ambito della riabilitazione cardiologica e per motu - neurolesi.

Restano attivi presso le suddette strutture ospedaliere i Servizi di pronto soccorso e accettazione nonché di laboratorio di analisi, radiologia e cardiologia.

Nell'ambito del Presidio Ospedaliero "Ospedali Riuniti della Marsica" le singole strutture ospedaliere hanno autonomia organizzativa, gestionale e contabile.

Il P.O. di Casoli è caratterizzato, oltre che per l'attività diagnostico - terapeutica, per le attività medico - geriatriche di terapia riabilitativa e di assistenza per lungodegenza.

Il P.O. di Atesa è caratterizzato, oltre che per l'attività diagnostico - terapeutica, anche per le attività di natura ortopedica.

Nelle strutture ospedaliere che svolgono attività chirurgica e nelle quali non sono previsti, in base al presente piano, posti letto di rianimazione e terapia intensiva è obbligatorio prevedere in organico, in relazione ai carichi di lavoro, posti di "Anestesista-Rianimatore" .

Per l'ottimizzazione dei servizi dei presidi della rete ospedaliera pubblica, i Direttori Generale delle AUSL elaboreranno progetti mirati ad individuare tutte le attività di diagnostica convenzionata con strutture esterne, ed i conseguenti flussi finanziari, nell'ottica dell'acquisizione, presso le strutture pubbliche, di analoghe dotazioni strumentali e del relativo personale specializzato. Nell'ambito di ciascun presidio ospedaliero il Direttore Generale provvederà alla organizzazione dei servizi e delle attività ambulatoriali nonché dei Centri secondo le specifiche esigenze dello stesso presidio e dell'Azienda USL.

La distribuzione dei posti letto per ciascuna Unità Sanitaria Locale e per singolo Presidio Ospedaliero è illustrata nelle tabelle che seguono:

**1. - AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVEZZANO - SULMONA**

POSTI LETTO OSPEDALIERI N. 874

- **Presidio Ospedaliero "Ospedali riuniti della Marsica":**
 - **Struttura Ospedaliera - AVEZZANO** (San Filippo e Nicola)
 - **Struttura Ospedaliera - PESCINA** (Serafino Rinaldi)
 - **Struttura Ospedaliera - TAGLIACOZZO** (Umberto I)
- **Presidio Ospedaliero - SULMONA** (Dell'Annunziata)
- **Presidio Ospedaliero - CASTEL DI SANGRO** (Civile)

■ STRUTTURA OSPEDALIERA di AVEZZANO

Posti-letto n. **319**

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 105

<i>Disciplina</i>	<i>p.l.</i>	<i>note</i>
■ Cardiologia	10	
■ Malattie infettive	20	
■ Medicina Int.	45	(1)
■ Oncologia	20	(2)
■ Psichiatria	10	

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 149

<i>Disciplina</i>	<i>p.l.</i>	<i>note</i>	-
■ Chirurgia generale	58		
■ Chirurgia vascolare	6		
■ Neurochirurgia con indirizzo traumatologico	10		
■ Ortopedia traumat.	30		
■ Oftalmologia	15		
■ Otorinolaringoiatria	15		
■ Urologia	15	(3)	

□ - AREA FUNZIONALE MATERNO - INFANTILE

posti-letto n. 34

<i>Disciplina</i>	<i>p.l.</i>	<i>note</i>
-------------------	-------------	-------------

■ Ostetricia-ginecologia 20

■ Pediatria 14 (4)

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA	posti-letto n. 24
Disciplina	p.l. <i>note</i>

■ Rianimazione e terapia int. 8

■ Terapia post intensiva 4 (4 bis)

■ Terapia int. cardiol. 8

■ Terapia post-int. cardiol. 4

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	posti-letto n. 5
Disciplina	p.l. <i>note</i>

■ Lungodegenza 5

<input type="checkbox"/> - Detenuti	(5)	posti-letto n. 2
-------------------------------------	-----	-------------------------

Note:

(1) - di cui n. 5 pp.ll. di Ematologia in d.h. (L.R.n.5/98) , n. 2 pp.ll. di Diabetologia e n. 2 p.l. di medicina interna in d.h.

(2) - di cui n.5 p.l. in d.h. (DAY HOSPITAL)

(3) - Servizio dialisi con n.10 p.l. tecnici

(4) - di cui 2 pp.ll. di terapia subintensiva neonatale.

(4 bis) - con annessa attività di terapia antalgica.

(5) - di cui 1 riservato a detenuti Hiv positivi

■ STRUTTURA OSPEDALIERA di TAGLIACOZZO

Posti-letto n. 90

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 20

Disciplina **p.l.** *note*

■ Medicina int. 20 (1)

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 15

Disciplina **p.l.** *note*

■ Chirurgia generale 15 (2)

□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE

posti-letto n. 55

Disciplina **p.l.** *note*

■ Riabilitazione 50 (3)

■ Lungodegenza 5

Note:

(1) - di cui n.2 p.l. in d.h. e servizio dialisi con n.10 p.l. tecnici

(2) - di cui n.2 p.l. in d.s.

(3) di cui 25 pp.ll. per riabilitazione cardiologica e n. 25 pp.ll. per riabilitazione motoneurolesi

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di SULMONA

Posti-letto n. **249**

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 81

Disciplina	p.l.	note
■ Medicina int.	38	(1)
■ Geriatria	10	
■ Cardiologia	12	(1 bis)
■ Neurologia	10	
■ Nefrologia	5	(2)
■ Ematologia	6	(3)

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 113

Disciplina	p.l.	note
■ Chirurgia generale	30	(4)
■ Ortopedia traumatol.	35	(5)
■ Oftalmologia	15	(6)
■ Otorinolaringoiatria	15	(7)
■ Urologia	18	(8)

□ - AREA FUNZIONALE MATERNO - INFANTILE

posti-letto n. 25

Disciplina	p.l.	
■ Pediatria	10	(9)
■ Ostetricia-ginecologia	15	(10)

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA	posti-letto n. 18
Disciplina	p.l. <i>note</i>

■ Rianimazione e terapia int.	6	
-------------------------------	---	--

■ Terapia post int.	4	(11)
---------------------	---	------

■ Terapia int. cardiol.	8	
-------------------------	---	--

■		
---	--	--

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	posti-letto n. 10
Disciplina	p.l. <i>note</i>

■ Riabilitazione	10	
------------------	----	--

<input type="checkbox"/> - Detenuti	posti-letto n. 2
-------------------------------------	-------------------------

Note:

(1) - di cui n. 2 p.l. in d.h. , n.2 p.l. per Diabetologia e n. 5 p.l. in d.h. di oncologia

(1 bis) di cui n. 1 p.l. in d.h.

(2) Servizio dialisi con n.10 p.l. tecnici

(3) - posti letto in d.h. aggregati al Servizio Trasfusionale (L.R.n.5/98)

(4) di cui n.2 p.l. in d.s.

(5) - di cui n. 2 p.l. in d.s.

(6) - di cui n. 1 in d.s.

(7) - di cui n. 4 p.l. in d.s.

(8) - di cui n.1 p.l. d.s.

(9) - di cui n. 1 p.l. in d.h.

(10) - di cui n. 2 p.l. in d.h.

(11) - con annessa attività di terapia antalgica.

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di CASTEL DI SANGRO

Posti-letto n. **126**

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 33

Disciplina **p.l.** *note*

■ Cardiologia 6 (1)

■ Medicina int. 27 (2)

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 40

Disciplina **p.l.** *note*

■ Chirurgia generale 20 (3)

■ Ortopedia traumatologia 20 (4)

□ - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE

posti-letto n. 21

Disciplina **p.l.** *note*

■ Pediatria 6

■ Ostetricia - ginecologia 15 (5)

□ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA

posti-letto n. 6

Disciplina **p.l.** *note*

■ Rianim. e terapia int. 2

■ Terapia int. cardiol. 4

**□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA
E RIABILITAZIONE**

posti-letto n. 26

Disciplina **p.l.** *note*

■ Riabilitazione 10

■ Lungodegenza 16

Note:

(1) - di cui n. 1 p.l. in d.h.

(2)- di cui n. 1 p.l. in d.h. e n. 2 pp.ll. di Diabetologia in d.h.

(3) - di cui n.2 p.l. in d.s.

(4) - di cui n.2 p.l. in d.s.

(5) - di cui n.2 p.l. in d.s.

**2. - AZIENDA SANITARIA LOCALE
CHIETI**

POSTI LETTO OSPEDALIERI N. 818

- **Presidio Ospedaliero - CHIETI** (SS. Annunziata)
- **Presidio Ospedaliero - GUARDIAGRELE** (Maria S.S. Immacolata)
- **Presidio Ospedaliero - ORTONA** (G.Bernabeo)

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di CHIETI

Posti Letto n.540

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 233

Disciplina	p.l.	note
■ Cardiologia	20	
■ Dermatologia	12	
■ Ematologia	2	(1)
■ Geriatria	16	
■ Medicina int.	65	(2)
■ Malattie apparato respiratorio	38	(3)
■ Malattie infettive	24	
■ Nefrologia	16	(4)
■ Neurologia	20	
■ Oncologia	10	
■ Radioterapia	10	

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 222

Disciplina	p.l.	note
■ Chirurgia generale	40	
■ Chirurgia gen. ind. laparosc.	10	

■ Chirurgia gen. ind. microchir. ed endoscopica	11	
■ Chirurgia gen. ind. oncol.	15	
■ Chirurgia vascolare	12	
■ Cardiochirurgia	24	
■ Oftalmologia	24	(5)
■ Otorinolaringoiatria	10	
■ Ortopedia e Traumatologia	40	
■ Urologia	34	
■ Centro Fisiopatologia e trattamento del dolore	2	

□ - AREA FUNZIONALE MATERNO - INFANTILE		posti-letto n. 55
---	--	-------------------

Disciplina	p.l.	<i>note</i>
-------------------	-------------	-------------

■ Ostetricia e Ginecologia	25	
■ Pediatria	18	
■ Neonatologia e t.int.neonat.	12	(6)

□ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA		posti-letto n. 30
------------------------------------	--	-------------------

Disciplina	p.l.	<i>note</i>
-------------------	-------------	-------------

■ Rianimazione Terap. Intens.	8	
■ Terapia sub intensiva	4	
■ Terapia Intensiva Cardiol.	12	
■ Terapia Intensiva Card.- Chi.	6	

Note:

(1) in d.h. aggregati al Servizio trasfusionale

(2) di cui 3 posti letto di Diabetologia e n. 4 p.l. di Gastroenterologia

(3) 6 p.l. di U.T.I.R. nell'ambito dei p.l. della 1° Div. di Pneumologia

(4) Servizio dialisi con n.14 p.l. tecnici

(5) di cui n.8 p.l. in d.s. afferente l'ottica fisiopatologica (L.R. n.105/1997).

(6) comprendente 8 posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva neonatale

CENTRI AUTORIZZATI:

- Centro per la Prevenzione e lo Studio della Dislipidemia e dell'Aterosclerosi;
- Centro per lo Studio della Calcolosi urinaria e Patologia prostatica.

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di GUARDIAGRELE

Posti Letto: n. 118

☐ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 53

Disciplina **p.l.** *note*

■ Geriatria 18

■ Medicina int. 20 (1)

■ Psichiatria 15

☐ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 33

Disciplina **p.l.** *note*

■ Chirurgia generale 20

■ Oftalmologia 13

☐ - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE

posti-letto n. 30

Disciplina **p.l.** *note*

■ Ostetricia - Ginecologia 20

■ Pediatria 10

☐ - DETENUTI

2

posti-letto n. 2

NOTE

(1) Servizio dialisi con n.9 p.l. tecnici

PRESIDIO OSPEDALIERO di ORTONA**Posti-letto n. 160****☐ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA****posti-letto n. 48****Disciplina p.l.**

■ Cardiologia	6	
■ Medicina int	32	(1)
■ Nefrologia	10	(2)

☐ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA**posti-letto n. 81****Disciplina p.l. note**

■ Chirurgia generale	35	(3)
■ Oftalmologia	6	
■ Otorinolaringoiatria	10	
■ Ortopedia Traumatologia	30	(4)

☐ - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE**posti-letto n. 25****Disciplina p.l. note**

■ Ostetricia - Ginecologia	15	
■ Pediatria	10	

☐ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA**posti-letto n. 6****Disciplina p.l. note**

■ Rianimazione e ter.intensiva	2	
■ Terapia int. Cardiologica	4	

Note :

- (1) - di cui 2 pp.ll. di Diabetologia e n.5 p.l. in D.H. di Oncologia (L.R.n.61/96).*
- (2) - Servizio dialisi con n.12 p.l. tecnici*
- (3) - di cui n.10 p.l. di senologia*
- (4) - di cui n.10 p.l di riabilitazione ortopedica*

**3. - AZIENDA SANITARIA LOCALE
LANCIANO - VASTO**

POSTI LETTO OSPEDALIERI N. 967

- Presidio Ospedaliero - **LANCIANO** (Renzetti)
- Presidio Ospedaliero - **ATESSA** (V.Emanuele)
- Presidio Ospedaliero - **CASOLI** (Consalvi)
- Presidio Ospedaliero - **VASTO** (Civile)
- Presidio Ospedaliero - **GISSI** (Civile)

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di LANCIANO

Posti-letto n. 301

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 128

Disciplina	p.l.	note
■ Cardiologia	12	
■ Nefrologia	8	(1)
■ Geriatria	10	
■ Medicina int.	40	(2)
■ Gastroenterologia in D.H.	5	
■ Neurologia	20	
■ Oncologia	18	(3)
■ Psichiatria	10	
■ Dermatologia	5	

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 104

Disciplina	p.l.
■ Chirurgia generale	40
■ Ortopedia Traumatologia	28
■ Oftalmologia	10
■ Otorinolaringoiatria	8
■ Urologia	18

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE MATERNO - INFANTILE	posti-letto n. 43
Disciplina	p.l. <i>note</i>

■ Pediatria	18	
-------------	----	--

■ Ostetricia-Ginecologia	25	
--------------------------	----	--

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA	posti-letto n. 16
Disciplina	p.l. <i>note</i>

■ Rianimaz. e Terapia int.	6	
----------------------------	---	--

■ Terapia post intensiva	2	(4)
--------------------------	---	-----

■ Terapia int. Cardiol.	8	
-------------------------	---	--

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	posti-letto n. 10
Disciplina	p.l. <i>note</i>

■ Riabilitazione	10	
------------------	----	--

Note:

(1) - Servizio Dialisi con n.8 p.l. tecnici

(2) - di cui 2 pp.ll. di Diabetologia e n. 5 p.l. in d.h. di gastroenterologia

(3) - di cui n.5 pp.ll. in d.h.

(4) - con annessa attività di terapia antalgica.

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di ATESSA

Posti-letto n. 125

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 38

Disciplina **p.l.** *note*

■ Medicina int. 38 (1)

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 50

Disciplina **p.l.** *note*

■ Chirurgia generale 23

■ Ortopedia Traumatologia 27

□ - AREA FUNZIONALE MATERNO - INFANTILE

posti-letto n. 28

Disciplina **p.l.** *note*

■ Ostetricia-Ginecologia 18

■ Pediatria 10

□ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA

posti-letto n. 4

Disciplina **p.l.** *note*

■ Rianimaz. e Terapia int. 4

□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE

posti-letto n. 5

Disciplina **p.l.** *note*

■ Riabilitazione 5 (2) *Ambulatorio di Riabilitazione. ortopedica*

Note:

(1) - di cui 5 p.l. di medicina del lavoro, n.5 p.l. in d.h. di medicina int. e n.5 p.l. di reumatologia

(2) - posti letto di riabilitazione ortopedica.

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di CASOLI

Posti-letto n. 120

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA	posti-letto n. 48
Disciplina	p.l.

■ Geriatria	32
--------------------	----

■ Medicina int.	16
------------------------	----

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA	posti-letto n. 20
Disciplina	p.l.

■ Chirurgia generale	20
-----------------------------	----

□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	posti-letto n. 52
Disciplina	p.l.

■ Riabilitazione	18
-------------------------	----

■ Lungodegenza	34
-----------------------	----

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di VASTO
--

Posti-letto n. 296

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA	posti-letto n. 139
--	---------------------------

Disciplina	p.l.	note
-------------------	-------------	-------------

■ Cardiologia	12	
---------------	----	--

■ Gastroenterologia	14	
---------------------	----	--

■ Ematologia	7	(1)
--------------	---	-----

■ Malattie infettive	23	(2)
----------------------	----	-----

■ Medicina int.	42	(3)
-----------------	----	-----

■ Nefrologia	11	(4)
--------------	----	-----

■ Neurologia	20	(5)
--------------	----	-----

■ Psichiatria	10	
---------------	----	--

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA	posti-letto n. 93
---	--------------------------

Disciplina	p.l.
-------------------	-------------

■ Chirurgia generale	35
----------------------	----

■ Ortopedia Traumatologia	28
---------------------------	----

■ Otorinolaringoiatria	12
------------------------	----

■ Urologia	18
------------	----

□ - AREA FUNZIONALE MATERNO - INFANTILE	posti-letto n. 50
--	--------------------------

Disciplina	p.l.	note
-------------------	-------------	-------------

■ Ostetricia - Ginecologia 30

■ Pediatria 20 (6)

☐ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA
Disciplina p.l. note

posti-letto n. 14

■ Rianimazione e Terapia int. 4

■ Terapia post intensiva 2 (7)

■ Terapia int. Cardiol. 8

Note:

- (1) - 5 pp.ll. di ematologia in d.h. e 2 pp.ll. in d.h. dedicato alla immunologia clinica ed allergologia, aggregati al Servizio Trasfusionale
 (2) - di cui 3 pp.ll. di day hospital
 (3) - di cui 5 pp.ll. di oncologia in d.h., n. 2 p.l. di endocrinologia e n. 5 p.l. in d.h. di geriatria;
 (4) - Servizio dialisi con . 11 p.l. tecnici
 (5) - di cui 2 pp.ll. in d.h.
 (6) - di cui 2 pp.ll. di terapia subintensiva neonatale
 (7) - con annessa attività di terapia antalgica

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di GISSI
--

Posti-letto n. 125

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA	posti-letto n. 51
--	--------------------------

Disciplina	p.l.	note
-------------------	-------------	-------------

■ Geriatria	26	
-------------	----	--

■ Medicina int.	25	(1)
-----------------	----	-----

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA	posti-letto n. 32
---	--------------------------

Disciplina	p.l.	note
-------------------	-------------	-------------

■ Chirurgia generale	20	
----------------------	----	--

■ Oftalmologia	12	
----------------	----	--

□ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA	posti-letto n. 2
---	-------------------------

Disciplina	p.l.	note
-------------------	-------------	-------------

■ Rianimazione e Terapia int.	2	
-------------------------------	---	--

□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	posti-letto n. 40
--	--------------------------

Disciplina	p.l.	note
-------------------	-------------	-------------

■ Riabilitazione	15	
------------------	----	--

■ Lungodegenza	25	
----------------	----	--

Note:

(1) di cui n.2 p.l. di Diabetologia

**4. - AZIENDA SANITARIA LOCALE
L'AQUILA**

POSTI LETTO OSPEDALIERI N. 545

■ Presidio Ospedaliero di L'AQUILA

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di L'AQUILA

Posti-letto n.545

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 236

Disciplina	p.l.	note
■ Cardiologia	10	
■ Dermatologia	12	
■ Dermatologia oncologica	5	
■ Endocrinologia e mal.ric.	5	
■ Gastroenterologia	5	
■ Geriatria	25	
■ Malattie apparato resp.	20	(1)
■ Malattie infettive	20	
■ Medicina int	56	(2)
■ Neurologia	28	
■ Nefrologia	6	(3)
■ Oncologia	20	(4)
■ Psichiatria	20	
■ Radioterapia	4	

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n.190

Disciplina	p.l.	note
■ Chirurgia generale	46	(5)
■ Chirurgia vascolare	16	
■ Neurochirurgia	22	
■ Ortopedia e Traumatol.	40	
■ Oftalmologia	18	(6)
■ Otorinolaringoiatra	14	
■ Chir.maxil-facciale	10	
■ U.O. per trapianti	4	
■ Urologia	18	
■ Centro fisiopatologia e trattamento del dolore	2	

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE		posti-letto n. 57
Disciplina	p.l.	note
■ Neuropsichiatria inf.le	5	in D.H.
■ Ostetricia - Ginecologia	30	
■ Pediatria	12	
■ Neonatologia e ter.int.neon.	10	(7)

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA		posti-letto n. 22
Disciplina	p.l.	note
■ Rianimazione e ter.intens.	10	
■ Terapia post intensiva	4	

■ Terapia int. cardiol.	8
-------------------------	---

□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		posti-letto n. 38
Disciplina	p.l.	note

■ Lungodegenza	28	(8)
----------------	----	-----

■ Riabilitazione	10	
------------------	----	--

□ - DETENUTI	2	posti-letto n. 2
---------------------	----------	-------------------------

Note:

(1) - di cui n.6 p.l. di UTIR

(2) - di cui n.5 p.l. Ematologici

(3) - Servizio dialisi con n.17 p.l. tecnici

(4)- di cui n.5 p.l. in d.h.

(5) - di cui n.6 p.l. di chirurgia oncologica

(6) - comprensiva di banca occhi

(7) - di cui n.4 posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva neonatale.

(8) - comprensiva di riabilitazione post - acuzie

CENTRI AUTORIZZATI:

- Centro di Auxologia e Disordini dell'Accrescimento
- Centro Psicosi Infantili
- Centro delle Cefalee
- Centro Malattie Cerebrovascolari
- Centro della Fertilità
- Centro Epilessia in Gravidanza.

**5. - AZIENDA SANITARIA LOCALE
PESCARA**

POSTI LETTO OSPEDALIERI N. 1209

- **Presidio Ospedaliero - PESCARA** (Spirito Santo)
- **Presidio Ospedaliero - POPOLI** (SS. Trinità)
con **Strutture Sanitarie** - TOCCO A CASAURIA
- SAN VALENTINO
- **Presidio Ospedaliero - PENNE** (San Massimo)

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di PESCARA

Posti-letto n. 767

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 344

Disciplina	p.l.	note
■ Cardiologia	24	
■ Dermatologia	10	
■ Ematologia	64	(1)
■ Gastroenterologia	10	
■ Geriatria	54	
■ Malattie infettive	32	
■ Medicina int.	74	(2)
■ Nefrologia	12	(2 bis)
■ Oncologia	26	(3)
■ Psichiatria	20	
■ Radioterapia	8	
■ Reumatologia	10	

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 247

Disciplina	p.l.	note
■ Chirurgia generale	67	
■ Chirurgia plastica	8	
■ Chirurgia vascolare	8	

■ Neurochirurgia	30
■ Ortopedia e Traumatologia	68
■ Oftalmologia	20
■ Otorinolaringoiatria	24
■ Urologia	20
■ Centro fisiopatologia e trattamento del dolore	2

□ - AREA MATERNO-INFANTILE		posti-letto n. 123
Disciplina	p.l.	note

■ Chirurgia pediatrica	22	(4)
■ Neuropsichiatria Inf.	5	
■ Pediatria	20	
■ Ostetricia Ginecologia	56	
■ Neonatologia Ter.Int. Neonat.	20	(5)

□ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA		posti-letto n. 31
Disciplina	p.l.	note

■ Rianimazione e ter.int.	12
■ Terapia post intensiva	4
■ Terapia int.cardiol.	15

□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		posti-letto n. 20
--	--	--------------------------

Disciplina	p.l.	<i>note</i>
■ Lungodegenza	20	
□ - Detenuti	2	posti-letto n. 2

Note:

(1) Dipartimento a valenza regionale

(2) - comprendenti n.5 p.l. di Diabetologia

(2 bis) Servizio Dialisi con n. 28 p.l. tecnici

(3) di cui n.11 p.l. in d. h.

(4) a valenza regionale

(5) - comprendenti n.12 p.l. di Terapia intensiva e sub-intensiva neonatale

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di POPOLI
 comprendente le Strutture Sanitarie:
 di **TOCCO A CASORIA** e **S.VALENTINO IN A.C.**

Posti-letto n. 251

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 66

Disciplina **p.l.** *note*

■ Cardiologia	8	
■ Ematologia	4	
■ Medicina int.	44	(1)
■ Medicina del Lavoro	10	(2)

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 80

Disciplina **p.l.** *note*

■ Chirurgia generale	40	
■ Ortopedia Traumatologia	40	(3)

□ - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE

posti-letto n. 25

Disciplina **p.l.** *note*

■ Ostetricia - Ginecologia	18	
■ Pediatria	7	(4)

□ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA

posti-letto n. 12

Disciplina **p.l.** *note*

■ Rianimazione e ter.intens.	6	
■ Terapia post intensiva	2	(4 bis)
■ Terapia int. Cardiol.	4	

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di PENNE

Posti-letto n. 191

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA				<i>posti-letto n. 87</i>
<i>Disciplina</i>	<i>p.l.</i>	<i>note</i>	-	
■ Cardiologia	6			
■ Geriatria	36	(1)		
■ Medicina int.	37	(2)		
■ Psichiatria	3	(3)		
■ Malattie App. Respir.	5	in D.H		

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA				<i>posti-letto n. 70</i>
<i>Disciplina</i>	<i>p.l.</i>	<i>note</i>	-	
■ Chirurgia generale	27			
■ Ortopedia Traumatologia	22	(4)		
■ Otorinolaringoiatria	9			
■ Urologia	7			
■ Oftalmologia	5			

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE				<i>posti-letto n. 24</i>
<i>Disciplina</i>	<i>p.l.</i>	<i>note</i>	-	
■ Ostetricia Ginecologia	16			
■ Pediatria	8	(5)		

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE DELLA EMERGENZA				<i>posti-letto n. 10</i>
<i>Disciplina</i>	<i>p.l.</i>	<i>note</i>	-	

■ Rianimazione e ter.int.	4	
■ Terapia post intensiva	2	(6)
■ Terapia int. cardiol. (UTIC)	4	

Note:

(1) di cui: n.3 p.l. in D.H.; n.10 p.l. di Riabilitazione geriatrica; n.2 p.l. di Diabetologia;

(2) di cui: n.3 p.l. in D.H.; n.5 p.l. in D.H. di Oncologia e n. 2 p.l. di Nefrologia; Servizio Dialisi con n. 8 p.l. tecnici;

(3) in D.H.;

(4) comprensivi di n.7 p.l. di Riabilitazione specifica;

(5) di cui: n.3 p.l. di pediatria neonatale;

(6) con annessa terapia antalgica.

**6. - AZIENDA SANITARIA LOCALE
TERAMO**

POSTI LETTO OSPEDALIERI N. 1498

- **Presidio Ospedaliero - TERAMO** (G.Mazzini)
- **Presidio Ospedaliero - ATRI** (S.Liberatore)
- **Presidio Ospedaliero - GIULIANOVA** (Maria SS. Dello Splendore)
- **Presidio Ospedaliero - SANT'OMERO** (Val Vibrata)

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di TERAMO

Posti-letto n. 674

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 269

Disciplina	p.l.	note	-
■ Cardiologia	24		
■ Dermatologia	15		
■ Geriatria	20		
■ Malattie infettive	24		
■ Malattie apparato resp.	25		
■ Medicina int.	84	(1)	
■ Nefrologia	10	(2)	
■ Neurologia	25		
■ Oncologia	20	(3)	
■ Psichiatria	14	(4)	
■ Radioterapia	8	(5)	

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 272

Disciplina	p.l.	note	-
■ Cardiochirurgia	36	(6)	
■ Chirurgia generale	62	(7)	
■ Chirurgia toracica	20	(7 bis)	
■ Chirurgia vascolare	20		

■ Neurochirurgia	34
■ Ortopedia e Traumatologia	43
■ Oftalmologia	15
■ Otorinolaringoiatria	15
■ Urologia	25
■ Centro di Fisiopatologia e trattamento del dolore	2

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE	posti-letto n. 64
Disciplina	p.l. <i>note</i> -

■ Ostetricia Ginecologia	38
■ Pediatria	26 (8)

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA	posti-letto n. 39
Disciplina	p.l. <i>note</i>

■ Rianimazione e ter.intens.	9
■ Terapia post intensiva	4
■ Rianimazione c/o cardiochir.	6
■ Rianimazione neurochirurgica	4
■ Unità coronarica	16 (9)

<input type="checkbox"/> - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	posti-letto n. 30
Disciplina	p.l. <i>note</i> -

■ Riabilitazione	20 (10)
■ Lungodegenza	10 (11)

Note:

- (1) posti letto di cui:- n.25 Clinica medica - n. 45 Medicina interna - n.6 Ematologici in d.h. - n. 6 Gastroenterologia - n. 2 per Diabetologia
- (2) Servizio dialisi con n.18 p.l. tecnici
- (3) di cui n.5 p.l. in d.h.
- (4) di cui n.4 p.l. in d.h.
- (5) di cui n.2 p.l. di Radioterapia metabolica
- (6) posti letto di cui: - n.16 di Degenza ordinaria - n. 12 ter. sub intensiva - n.8 ter. Int. post. Oper..
- (7) posti letto di cui: - n. 24 Chirurgia generale - n. 24 Chirurgia d'Urgenza - n. 16 Sem. Chir.
- (7 bis) – di cui 5 p.l. di Chirurgia Toracoscopica Videoassistita
- (8) di cui n.2 p.l. di Terapia sub-intensiva neonatale
- (9) posti letto di cui: - n.8 ter. Int. - n. 6 ter. Sub intensiva - n.2 in D.H.
- (10) di cui n.8 p.l. di riabilitazione ortopedica
- (11) p.l. attivati nell'area medica

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di ATRI

Posti-letto n.340

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA	posti-letto n. 88
--	--------------------------

Disciplina	p.l.	note
-------------------	-------------	-------------

■ Cardiologia	8	
■ Medicina int.	62	(1)
■ Nefrologia	5	(2)
■ Psichiatria	13	(3)

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA	posti-letto n. 170
---	---------------------------

Disciplina	p.l.	note
-------------------	-------------	-------------

■ Chirurgia generale	58	(4)
■ Ortopedia Traumat.	58	
■ Oftalmologia	12	
■ Otorinolaringoiatria	12	
■ Urologia	15	
■ Odont./Chir.maxil-facciale	15	

□ - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE	posti-letto n. 53
--	--------------------------

Disciplina	p.l.	note
-------------------	-------------	-------------

■ Ostetricia Ginecologia	35	(6)
--------------------------	----	-----

■ Pediatria	18	(7)
-------------	----	-----

□ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA			posti-letto n. 12
Disciplina	p.l.	note	-

■ Rianimazione e ter.intens.	6	
------------------------------	---	--

■ Terapia post intensiva	2	(7 bis)
--------------------------	---	---------

■ Unità coronarica	4	
--------------------	---	--

□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE			posti-letto n. 17
Disciplina	p.l.	note	-

■ Lungodegenza	17	(8)
----------------	----	-----

Note:

(1) di cui: n.3 pl in D.H. di Endocrinologia, n.3 p.l. di Gastroenterologia, n.6 p.l. Ematologici in D.H., n.2 p.l. di Diabetologia e n. n.5 p.l. in d.h. di Oncologia e n. 2 p.l. di Allergologia

(2) Servizio Dialisi con n.11 p.l. tecnici

(3) di cui n.3 p.l. in d.h.

(4) di cui n.5 p.l. diagnostica e chirurgia endoscopica e n.5.p.l. chirurgia laparoscopica

(6) di cui n.5. p.l. di endoscopia e laparoscopia ginecologica con annesso centro per la menopausa

(7) di n.3 p.l. di terapia sub intensiva neonatale

(7 bis) con annessa terapia antalgica

(8) Posti letto aggregati alla Medicina interna.

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di GIULIANOVA

Posti-letto n. 270

☐ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 94

Disciplina	p.l.	note	-
■ Cardiologia	12		
■ Geriatria	15	(1)	
■ Medicina int.	50	(2)	
■ Nefrologia	4	(2 bis)	
■ Psichiatria	13	(3)	

☐ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 98

Disciplina	p.l.	note	
■ Chirurgia generale	30		
■ Chirurgia generale con ind. endoscopico	10		
■ Ortopedia Traumatologia	28		
■ Otorinolaringoiatria	12		
■ Urologia	18		

☐ - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE

posti-letto n. 36

Disciplina	p.l.	note	
■ Ostetricia Ginecologia	20		
■ Pediatria	16		

☐ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA

posti-letto n. 13

Disciplina	p.l.	<i>note</i>
■ Rianim. e Ter. Intens.	6	
■ Terapia post intensiva	2	(4)
■ Terapia int.card.	5	

□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE		posti-letto n. 29
Disciplina	p.l.	<i>note</i>
■ Lungodegenza	14	
■ Riabilitazione	15	

Note:

(1) Riconversione di p.l. di medicina interna;

(2) di cui n.5 p.l. in d.h. di oncologia; Centro Regionale per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, coinvolgente in modo dipartimentale il servizio per la Fisiopatologia della nutrizione con 2 p.l. in d.h. operante all'interno della U.O. di Medicina ed il Servizio di Auxologia endocrinologia e nutrizione dell'età evolutiva operanti nell'ambito della U.O. di Pediatria ed il Dipartimento di Igiene mentale; 2 p.l. in d.h. di diabetologia; 1 p.l. in d.h. di endocrinologia e 1 p.l. in d.h. di epatologia;

(2 bis) Servizio dialisi con n. 12 p.l. tecnici;

(3) di cui n.3 p.l. in d.h.;

(4) con annessa terapia antalgica.

■ PRESIDIO OSPEDALIERO di SANT'OMERO

Posti-letto n. **214**

□ - AREA FUNZIONALE DI MEDICINA

posti-letto n. 80

Disciplina	p.l.	<i>note</i>
■ Cardiologia	8	
■ Geriatria	19	
■ Medicina int.	49	(1)
■ Psichiatria	4	(2)

□ - AREA FUNZIONALE DI CHIRURGIA

posti-letto n. 78

Disciplina	p.l.	<i>note</i>
■ Chirurgia generale	46	
■ Ortopedia Traumatologia	32	

□ - AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE

posti-letto n. 36

Disciplina	p.l.	<i>note</i>
■ Ostetricia Ginecologia	21	
■ Pediatria	15	

□ - AREA FUNZIONALE DELL'EMERGENZA

posti-letto n. 10

Disciplina	p.l.	<i>note</i>
■ Rianimazione e ter.intens.	4	
■ Terapia post intensiva	2	(3)
■ Terapia intens.cardi.	4	

**□ - AREA FUNZIONALE LUNGODEGENZA
E RIABILITAZIONE**

posti-letto n. 10

Disciplina **p.l.** *note*

■ Riabilitazione cardiologica 10

Note:

(1) di cui n.5 p.l. in d.h. di oncologia

(2) in d.h. da allocare presso la struttura psichiatrica territoriale di Nereto

(3) con annessa terapia antalgica.

Occorre sottolineare che il tasso di ospedalizzazione della Regione, nel suo insieme, risulta superiore al tasso del 160/000 adottato anche con la Legge finanziaria 23.12.1996, n.662; situazione che evidenzia una condizione di ricorso improprio al ricovero ospedaliero da un lato e dall'altro la persistente utilizzazione dell'ospedale per interventi assistenziali che potrebbero trovare più adeguate soluzioni in ricoveri presso strutture di lungodegenza, presso R.S.A. o attraverso l'assistenza domiciliare.

Un dato da non sottovalutare è quello concernente la mobilità interregionale dei pazienti che per l'anno 1996 vede l'Abruzzo "debitore di 27.019 ricoveri abruzzesi in altre regioni e n.21.247 di pazienti di altre regioni ricoverati in Abruzzo), esclusi quelli che si rivolgono a strutture straniere.

Mentre le singole Aziende Sanitarie dovranno verificare le patologie "di fuga", per la più adeguata offerta di posti - letto e servizi, occorre poi considerare che la spesa ospedaliera, comprensiva della quota pubblica e di quella privata provvisoriamente accreditata, ha assorbito nel 1996 il 57,54% della spesa regionale ed è sovrapponibile a quella italiana (57,3%). Al suo interno, la spesa ospedaliera pubblica regionale è pari al 47,6% (Italia: 46,6%), con variazioni tra le diverse Aziende Sanitarie della regione:

- Avezzano-Sulmona	:	s.pubblica = 46,28%	s.privata = 11,56%	tot. = 57,84
- Chieti	:	s.pubblica = 49,56%	s.privata = 20,15%	tot. = 69,71
- Lanciano Vasto	:	s.pubblica = 49,7%		tot. = 49,7
- L'Aquila	:	s.pubblica = 52,99%	s.privata = 5,01%	tot. = 58
- Pescara	:	s.pubblica = 42,93%	s.privata = 17,09%	tot. = 60
- Teramo	:	s.pubblica = 56,3%	\	tot. = 56,3

C'è la consapevolezza che sempre più nell'immediato futuro, il volume di conoscenze ottenuto dall'automazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.) consentirà di monitorare quasi in tempo reale gli andamenti del sistema sia negli aspetti di appropriatezza dei ricoveri, di andamento della spesa e di riprogrammazione dell'offerta.

Il Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. ha la facoltà di proporre la redistribuzione dei posti letto pubblici previsti nel presente piano, salvaguardando la funzionalità dei singoli presidi. Ha, altresì, la facoltà di proporre la istituzione o modifica di posti letto di specialità previste o meno dalla presente rideterminazione della rete ospedaliera pubblica prevedendo, nel contempo, la riduzione di un numero di posti letto non superiori a quelli da istituire.

Analogo potere di iniziativa è conferito al Direttore Generale per quanto concerne la istituzione o la soppressione di Servizi autonomi, per i quali è previsto l'affidamento di incarico ad un II° livello dirigenziale, tenuto conto della qualità e della quantità di attività.

Tutte le suddette proposte del Direttore Generale sono rimesse alle definitive determinazioni della Giunta Regionale, previa acquisizione del parere della Conferenza Permanente Regione/USL, sentita la competente commissione del Consiglio regionale che deve pronunciarsi entro 30 (trenta) giorni.

L'OSPEDALE NELL'IMMEDIATO FUTURO

Osservando l'evoluzione dell'assistenza ospedaliera nei Paesi evoluti e la disponibilità di tecnologie diagnostiche di avanguardia (TAC, RMN, ecografi, litotrittori, endoscopi, analyzer, ecc) dobbiamo considerare che l'ospedale costituirà sempre più una struttura complessa, ad alta intensità professional-specialistica e tecnologica, attrezzata per fornire assistenza di ricovero per soggetti in gravi condizioni di rischio e/o affetti da patologie acute, non affrontabili in altro modo se non attraverso il ricovero a ciclo continuo o in day hospital, e dotata di una gamma di strutture e di servizi per fornire una diversa graduazione di ricoveri e di servizi ambulatoriali al alto contenuto tecnologico.

Questi dati impongono una serie di decisioni strategiche per evitare che nel medio-lungo periodo la spesa per l'assistenza ospedaliera nella nostra Regione non solo risulti eccessiva, ma finisca per pregiudicarne le stesse capacità di sviluppo.

Per consentire questo obiettivo, occorre adottare un programma strategico coerente che coinvolga il livello regionale e le singole Aziende Sanitarie Locali nell'intento di:

- affrontare con competenza ed in modo intensivo le esigenze cliniche dei pazienti, così da ridurre i tempi di degenza;
- orientare l'organizzazione ospedaliera ai bisogni clinici e assistenziali di utenti e pazienti;
- ridisegnare i processi dell'ospedale in un quadro di efficienza e di qualità.

Per questi obiettivi va affrontata e risolta la storica frattura fra ospedale e territorio, attuando una continuità della linea assistenziale, diagnostica, terapeutica e riabilitativa, anche attraverso l'istituzione di Commissioni diagnostico-terapeutiche con la presenza di medici ospedalieri e territoriali.

L'offerta dei servizi ospedalieri deve essere sempre più centrata sulle esigenze nosografiche della popolazione e sulla valutazione dell'incidenza delle grandi patologie e dei grossi rischi; in questo contesto la rete ospedaliera deve articolare il posizionamento strategico di ogni ospedale sulla base della tipologia dei casi trattati, della tecnologia adottata, della gamma dei servizi offerti.

La stessa struttura organizzativa dei reparti ospedalieri deve trasformarsi in grandi aree diagnostico-terapeutiche omogenee, dotate di risorse comuni da gestire con la massima flessibilità organizzativa, con un approccio multidisciplinare finalizzato al massimo di efficacia nella risposta al paziente.

Infine, ridisegnare i processi decisionali ed i percorsi operativi intra-ospedalieri per assicurare agli stessi presidi autonomia organizzativa, gestionale e contabile all'interno del piano strategico e del bilancio dell'Azienda, nonché l'obbligo del pareggio di bilancio, così da provocare la maggiore responsabilità dei dirigenti del Presidio e, a cascata, di tutti i responsabili di Dipartimento, U.O. e Servizio, sia in ordine alla casistica trattata ai fini della sua remunerazione (ricovero+attività dei

servizi), sia in ordine alla valutazione dell'attività svolta per confrontarla con la "buona pratica clinica" e con gli indicatori di qualità.

I PARAMETRI DI RIFERIMENTO

In considerazione di una popolazione regionale di 1.300.000 ab., anche per le presenze turistiche e di lavoro, la dotazione programmata regionale di posti-letto, comprensiva di pubblico e privato, provvisoriamente accreditati, resta definita nella misura complessiva di 7.150 posti-letto, cioè 5.5 pp.ll./1000 abitanti, da raggiungere entro il 31.12.1999.

All'interno di tale quota, l'1/000 dei posti-letto è destinato all'attività di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie (circa 1.300).

Il tasso di utilizzazione dei posti-letto non potrà essere inferiore al 75%.

Il tasso di ospedalizzazione non dovrà superare il 160 per 1000.

Si confermano i parametri concernenti:

- i punti-nascita. Entro il triennio di Piano resteranno in attività i punti-nascita con un numero di nati non inferiore a 350/anno. Per l'assistenza neonatale devono essere previste n. 15 culle ogni 1000 nati, di cui 2/3 destinati ai neonati sani (nido) ed 1/3 per la neonatologia. Queste culle non rientrano nel numero dei posti-letto attribuiti alle UU.OO. di Pediatria ad eccezione dei Presidi Ospedalieri di Chieti, L'Aquila e Pescara ove la quota riservata alla neonatologia è direttamente prevista nelle corrispondenti tabelle dei posti letto dell'A.F.O. "Materno Infantile";

- l'attività di sala operatoria. Entro il triennio di Piano le sale operatorie dovranno essere utilizzate in misura non inferiore a 1000 interventi /anno per sala operatoria;

- i reparti chirurgici devono registrare un'attività operatoria non inferiore al 70% dei ricoverati.

Entro il triennio di vigenza del presente Piano i Direttori generali delle USL devono provvedere a trasformare non meno del 10% dei posti letto a degenza ordinaria, definiti ai sensi del presente Piano, in posti letto di degenza a ciclo diurno (day hospital e day surgery).

L'ORGANIZZAZIONE INTERNA DEGLI OSPEDALI

Per consentire alle strutture ospedaliere di conseguire gli obiettivi posti, assumendo l'autonomia organizzativa e gestionale indispensabile per competere con il complesso della rete ospedaliera pubblica e privata, anche in riferimento alle prescrizioni dei DD.LL.vi 502/1992 e 517/1993, le Aziende Sanitarie Locali provvedono alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere insistenti sul loro territorio sulla base delle indicazioni che seguono, tenendo presenti le dimensioni delle rispettive strutture.

Alla direzione e alla gestione degli ospedali concorrono, secondo le indicazioni dell'art. 4 del D.L.vo 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, il dirigente

medico, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed il dirigente amministrativo di Presidio, per il coordinamento delle funzioni amministrative. Ad uno dei due, per un periodo di tre anni, rinnovabili, il Direttore generale conferisce la delega di "responsabile" dell'Ospedale e la gestione del relativo budget.

Sulla determinazione del budget finanziario annuale dell'ospedale, il Direttore generale consulta preventivamente il dirigente medico ed il dirigente amministrativo di Presidio.

Ogni ospedale deve disporre di servizi idonei all'espletamento delle seguenti attività :

- igienico - organizzative;
- amministrativa generale;
- di diagnosi e cura.

In particolare, nell'ambito delle attività di diagnosi e cura, le singole funzioni vanno classificate in base all'**AREA FUNZIONALE OMOGENEA (A.F.O.)** di appartenenza.

Le **A.F.O.** sono le seguenti:

- **EMERGENZA - URGENZA;**
- **MEDICINA;**
- **CHIRURGIA;**
- **MATERO-INFANTILE;**
- **RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA**
- **SERVIZI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI.**

Costituiscono le rispettive **A.F.O.** :

■ **A.F.O. Emergenza-urgenza:**

pronto soccorso, anestesia e rianimazione, unità coronarica, unità spinale;

■ **A.F.O. Medicina:**

medicina interna, emodialisi, cardiologia, neurologia, pneumologia, psichiatria, oncologia, nefrologia, malattie infettive, dermatologia, geriatria, gastroenterologia, ematologia, endocrinologia, medicina del lavoro, analgesia, reumatologia;

■ **A.F.O. Chirurgia:**

chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, endoscopia, urologia, oftalmologia, otorinolaringoiatria, odontostomatologia, chirurgia vascolare, cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia plastica, chirurgia maxillo-facciale.

■ **A.F.O. materno-infantile:**

ostetricia e ginecologia, pediatria, neuropsichiatria infantile, neonatologia e terapia intensiva neonatale, chirurgia pediatrica;

■ **A.F.O. lungodegenza e riabilitazione:**

lungodegenza post-acuzie, riabilitazione, rieducazione funzionale, riabilitazione polivalente con degenza, riabilitazione intensiva psichiatrica, neuroriabilitazione, riabilitazione specialistica cardiologica, riabilitazione specialistica pediatrica;

■ **A.F.O. servizi diagnostici e terapeutici:**

laboratorio analisi generale, laboratorio di virologia, laboratorio trasfusionale, laboratorio di immuno-ematologia e trasfusionale, laboratorio di ematologia,

laboratorio di genetica medica, laboratorio di micro-biologia, anatomia patologica, medicina legale, laboratorio RIA, citologia diagnostica, medicina nucleare, diagnostica per immagini, ecografia, neuroradiologia, radioterapia, igiene ospedaliera, farmacologia e tossicologia clinica, immunologia clinica, angiografia digitale, allergologia, audiologia, analgesia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, dietetica e nutrizione clinica, microscopia elettronica, farmacia, ingegneria clinica, fisica sanitaria.

IL DIPARTIMENTO

Il Dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati: a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale e sinergico nell'uso delle risorse.

La costituzione dei Dipartimenti è consentita solo in presenza di più Unità Operative e/o Servizi finalizzati ad espletare attività multidisciplinare.

Per un funzionamento ottimale, le strutture costituenti il Dipartimento devono essere aggregate oltre che funzionalmente anche fisicamente, in modo da consentire la effettiva gestione in comune dei posti-letto e delle risorse umane, tecnologiche ed economiche assegnate (dipartimento strutturale). Quando ciò non è possibile (anche in funzione degli obiettivi da raggiungere) l'organizzazione dipartimentale va perseguita attraverso l'aggregazione funzionale delle Unità Operative e/o dei Servizi.

- Compiti del Dipartimento

I compiti del Dipartimento sono quelli di:

- Assistenza;
- Aggiornamento;
- Didattica;
- Ricerca;
- Educazione ed informazione sanitaria.

Le attività del Dipartimento tendono:

- all'utilizzazione ottimale degli spazi assistenziali, del personale e della dotazione tecnologica disponibile e all'integrazione con i servizi extra-ospedalieri;
- alla gestione del budget;
- al miglioramento dell'efficienza e dell'integrazione delle attività delle unità operative e dei servizi per raggiungere la migliore assistenza;
- alla valutazione e alla verifica della qualità dell'assistenza fornita.

- Organi del Dipartimento

Nel dipartimento sono presenti due livelli decisionali, uno monocratico, il Coordinatore del Dipartimento, ed uno collegiale, il Comitato di Dipartimento.

Il Coordinatore di Dipartimento, la cui funzione è aggiuntiva a quella di responsabile dell'Unità Operativa o Servizio, è nominato dal Direttore generale dell'Azienda.

I requisiti necessari per ottenere l'incarico consistono nell'essere dirigenti di 2° livello e responsabili di una Unità Operativa o Servizio del Dipartimento stesso.

L'incarico, di norma, ha durata triennale.

Il Coordinatore rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la direzione aziendale e, ove previsto, con organismi esterni. Convoca il Comitato di dipartimento, ne presiede le riunioni, ed assicura il funzionamento del Dipartimento stesso. Nel corso dell'espletamento dell'incarico, il Coordinatore del Dipartimento non può esercitare attività libero-professionale extramuraria.

Gestisce le risorse attribuite al Dipartimento, secondo le direttive del Piano strategico deliberato dal Comitato di Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento è costituito da tutti i responsabili delle Unità Operative e Servizi afferenti al dipartimento nonché dai Dirigenti di ricarico a valenza dipartimentale, da due rappresentanti dei medici di primo livello e da due rappresentanti del restante personale del dipartimento.

Nel rispetto del budget assegnato, le funzioni del Comitato di dipartimento sono le seguenti:

- predispone i modelli di funzionamento del Dipartimento;
- propone la gestione delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate all'area dipartimentale;
- fornisce indicazioni per la gestione del budget assegnato al Dipartimento;
- adotta, per le specifiche esigenze del Dipartimento, le linee-guida per un corretto indirizzo diagnostico-terapeutico;
- stabilisce i modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza data;
- propone i piani di aggiornamento del personale e dell'attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;
- propone, nell'ambito del budget assegnato i fabbisogni di risorse sia per il personale che di dotazione strumentale, valutandone le priorità ed il rapporto costi-benefici;
- propone l'istituzione di gruppi operativi interdisciplinari;
- valuta proposte e problemi che gli vengano sottoposti dal Coordinatore del Dipartimento o da singoli appartenenti al dipartimento stesso in relazione a problemi od eventi di particolare rilievo.

Il Comitato di Dipartimento adotta le proprie decisioni a maggioranza dei suoi componenti.

Il Coordinatore del Dipartimento invia alla fine di ogni anno al Direttore Generale una relazione approvata dal Comitato di dipartimento, sull'attività svolta.

Il Direttore Generale adotta apposito regolamento inerente il funzionamento del Dipartimento.

■ - L'OSPEDALITÀ PRIVATA**L'OSPEDALITÀ PRIVATA - DALLA LEGGE 833/78 AL DPR 14.1.1997**

Trascurando il quadro normativo preesistente, con la Legge n.833/1978 il sistema dei rapporti tra strutture private e SSN venne perfezionato con l'individuazione del meccanismo convenzionale conseguente ad appositi accordi definiti a livello nazionale.

Questa fase dei rapporti tra pubblico e privato è stata ripresa e superata con i Decreti Legislativi 502/1992 e 517/1993.

L'art.8 del D.L.vo n.502 del 1992 intitolato "Disciplina dei rapporti per la erogazione di prestazioni assistenziali" al comma 5 del testo originario prevedeva l'obbligo per la AUSL di assicurare ai cittadini la erogazione delle prestazioni avvalendosi sia dei propri presidi, sia delle istituzioni private "ad integrazione delle strutture pubbliche con le quali intrattiene rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa".

La norma ribadiva la facoltà di libera scelta del presidio da parte dell'assistito e, al comma 7, prevedeva il superamento, con il nuovo sistema, del precedente rapporto convenzionale.

La disciplina contenuta nel decreto legislativo è stata successivamente modificata dal D.L.vo n.517 del 1993 che, al comma 7, ha introdotto il meccanismo denominato accreditamento delle istituzioni.

Si trattava cioè di una fase antecedente al sorgere di un rapporto negoziale, nella quale doveva essere accertata la idoneità del soggetto privato, riferita anche alla accettazione delle modalità di pagamento a prestazione ed alla adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

Un ulteriore sviluppo di questo disegno trova definizione nella previsione normativa contenuta nell'art.6 della legge n.724/94 (finanziaria 1995) che ha soppresso la espressione "sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico", in vista di una parificazione totale tra la struttura pubblica e privata, giustificata dal sistema unitario del pagamento delle prestazioni, sulla base di tariffe predeterminate.

L'art.6 della legge 724/94 ribadiva la facoltà di libera scelta da parte dell'assistito, affermando che la medesima si esercita nei confronti di tutte le strutture accreditate dal SSN in quanto risultino effettivamente in possesso dei requisiti previsti dalla normativa ed accettino il sistema della remunerazione a prestazione.

Tale previsione normativa tendeva, evidentemente, a rendere in tutto e per tutto equivalente la struttura pubblica a quella privata.

In via provvisoria, la norma prevedeva comunque che l'accreditamento dovesse ritenersi operante nei confronti dei soggetti già convenzionati, che accettassero il sistema a remunerazione a prestazione sulla base di apposite tariffe.

IL RUOLO DELLA REGIONE

E' innegabile che l'avvicinarsi di norme in materia, a volte fra loro confliggenti, non ha consentito alla Regione di governare, in maniera sempre puntuale, il sistema, anche a causa dei ritardi con il quale è stato emanato il DPR 14.1.97 concernente "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private."

L'atto di indirizzo e coordinamento ha delineato profili di programmazione che lasciano spazio ad una discrezionalità amministrativa in senso proprio.

In questo contesto la Regione deve assolvere al compito della disciplina delle "regole" del rapporto pubblico e privato all'interno del quale assicurare la discrezionalità di scelta del cittadino e trovare soluzioni di garanzia del libero dispiegamento della competitività tra pubblico e privato assumendo, ai fini dell'autonomia e dell'accreditamento delle strutture, il principio della comparazione delle esigenze assistenziali all'offerta già esistente, sia a livello pubblico che privato.

Tale ruolo deve essere svolto fissando norme per la regolamentazione degli "appositi rapporti", attraverso le quali le attività di programmazione saranno caratterizzate da un'ampia, articolata e qualificante, fase di partecipazione procedimentale da parte di tutti gli operatori sanitari interessati.

Il sistema ora delineato mantiene fermo un penetrante sistema di controllo da parte della Regione e delle AUSL.

L'inserimento delle strutture private in un ambito di controlli di tipo nettamente pubblicistico è reso evidente anche dal disposto della legge n.662/96 (Finanziaria 1997) - art..1 - comma 19 - che prevede che le strutture private, onde ottenere l'accreditamento, devono documentare la capacità di garantire l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente, in materia di rapporti di lavoro del personale del SSN e con piante organiche a regime.

REGOLAMENTAZIONE FASE TRANSITORIA

Nelle more della conclusione delle procedure per l'accreditamento definitivo, resta confermato l'accreditamento provvisorio delle strutture private di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 1642 del. 25.6.97.

Il presente Piano ridetermina, in linea con la risoluzione consiliare del 31.10.1996, la dotazione regionale dei posti-letto ospedalieri privati provvisoriamente

accreditati in numero di 1341 procedendo ad un abbattimento di posti, rispetto al PSR 94-96, di complessivi n.869 pari ad una percentuale del 40 %.

A tale dimensionamento, rispetto al PSR 94-96, si perviene con le seguenti modalità:

● **CASE DI CURA PRIVATE POLISPECIALISTICHE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE:**

- abbattimento del 18% così come previsto con deliberazione di Giunta Regionale n.2260 del 19.6.96 e n. 2854/96;
- riduzione di n.41 posti letto della Casa di Cura "Immacolata" a seguito di provvedimento ricognitivo della USL Avezzano-Sulmona;
- ulteriore taglio del 15% dei posti letto insistenti nelle Case di Cura con un numero superiore a 51 p.l., ciò al fine di preservare la funzionalità assistenziale delle Case di Cura minori in relazione alle articolazioni organizzative di cui alla L.R. n.85/89.

● **CASE DI CURA PRIVATE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE COMPREDENTI POSTI LETTO DI NEUROPSICHIATRIA:**

- abbattimento del 18% così come previsto con deliberazione di Giunta Regionale n.2260 del 19.6.96 e n. 2854/96;
- ulteriore taglio del 40,62% dei posti letto residuali.

Cessazione attività ospedaliera, provvisoriamente accreditata, della Casa di Cura "De Cesaris" di Spoltore con parziale redistribuzione dei relativi posti letto ad altre strutture sanitarie private.

- Nella tabella che segue è illustrata la dotazione dei posti-letto ospedalieri ripartiti per singole Case di cura private provvisoriamente accreditate che le suddette strutture dovranno rideterminare entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente piano.

Denominazione	Sede	Rideterminazione posti letto PSR 1999 - 2001
S.LUCIA	SULMONA (AQ)	30
L'IMMACOLATA	CELANO (AQ)	70
SANATRIX	L'AQUILA	69
VILLA LETIZIA	L'AQUILA	41
INI CANISTRO	CANISTRO (AQ)	51
DI LORENZO	AVEZZANO (AQ)	105
S. MARIA	AVEZZANO (AQ)	41
NOVA SALUS	TRASACCO (AQ)	30
VILLA PINI	CHIETI	245
SPATOCCO	CHIETI	132
SAN FRANCESCO	VASTO (CH)	20
VILLA SERENA	PESCARA	352
PIERANGELI	PESCARA	155
Totale		1341

“ATTIVAZIONE NUOVE DISCIPLINE”

I flussi informativi sulla mobilità sanitaria ed i relativi dati epidemiologici hanno evidenziato la necessità, al fine di garantire le esigenze sanitarie della popolazione assistita, che si pervenga ad una diversa tipologia delle discipline afferenti le Case di Cura private operanti nel sistema sanitario abruzzese, sulla base anche di quanto formalmente rappresentato dai Direttori generali delle USL territorialmente competenti.

In particolare, nell'ottica della complementarità della presenza privata rispetto ai P.O. pubblici, risulta necessario prevedere l'attivazione delle seguenti discipline carenti nel settore pubblico secondo la seguente tabella:

RETE OSPEDALIERA PRIVATA		
PSR 1999 - 2001		
Azienda USL AVEZZANO-SULMONA (p.l. n. 327)		
AFO	Disciplina	PSR 99 - 2001 p.l.
<i>Casa di Cura S.LUCIA (Sulmona)</i>		
<i>A.F.O. Lungodeg.- Riabil.</i>		
	Medicina Riabilitativa	30
	totale	30
<i>Casa di Cura IMMACOLATA (Celano)</i>		
<i>A.F.O. Medicina</i>		
	Cardiologia	8
	Malattie endocrine	5
	Medicina interna	5
	Pneumologia	5
	Reumatologia	5
	Dermatologia	5
<i>A.F.O. Chirurgia</i>		
	Chirurgia generale con annessa senologia	10
	Chirurgia plastica	5
	Chirurgia toracica	5
	Urologia	5
<i>A.F.O. Lungodeg.- Riabil.</i>		
	Lungodegenza	10
<i>A.F.O. Emergenza</i>		
	Rianim. e Terapia intensiva	2
	totale	70

Casa di Cura DI LORENZO (Avezzano)

A.F.O. Medicina	
Cardiologia	18
Malattie endocrine	5
Gastroenterologia	5
Medicina interna	10
Neurologia	5
Dermatologia	5
A.F.O. Chirurgia	
Chirurgia app. dig.	5
Chirurgia plastica con annessa	10
Microchirurgia	
Chirurgia generale	7
Oftalmologia	5
Ortopedia e traumatologia	8
Otorinolaringoiatria	5
A.F.O. Materno Infantile	
Ostetricia e ginecologia	8
Pediatria	5
A.F.O. Emergenza	
Rianim. e Terapia intensiva	4
totale	105

Casa di Cura S.MARIA (Avezzano)

A.F.O. Chirurgia	
Chirurgia generale	12
Ortopedia	5
Otorinolaringoiatria	5
A.F.O. Materno Infantile	
Ostetricia e ginecologia	18
A.F.O. Emergenza	
Rianim. e Terapia intensiva	1
totale	41

Casa di Cura INI CANISTRO (Canistro)

A.F.O. Medicina	
Dialisi (Day Hospital)	6
Medicina interna	14
A.F.O. Chirurgia	
Chirurgia generale	7
Ortopedia e traumatologia	5
Urologia	8
A.F.O. Lungodeg.- Riabil.	
Medicina Riabilitativa	10
A.F.O. Emergenza	
Rianim. e Terapia intensiva	1

totale	51
---------------	-----------

Casa di Cura NOVA SALUS (Trasacco)

A.F.O. Lungodeg.- Riabil.	
Medicina Riabilitativa	30
totale	30

Azienda USL CHIETI (p.l. 377)

AFO	Disciplina	PSR 99 - 2001
		p.l.

Casa di Cura SPATOCCO (Chieti)

A.F.O. Medicina	
Cardiologia	10
Geriatria	10
Medicina interna	18
A.F.O. Chirurgia	
Chirurgia generale	40
Otorinolaringoiatria	5
Ortopedia	16
A.F.O. Materno Infantile	
Ginecologia	5
A.F.O. Lungod.-Riabil.	
Medicina riabilitativa	25
A.F.O. Emergenza	
Rianim. e Terapia intensiva	3
totale	132

Casa di Cura VILLA PINI (Chieti)

A.F.O. Medicina	
Medicina interna	20
Neurologia (di cui n.6 p.l. di Stroke Unit)	40
A.F.O. Chirurgia	
Chirurgia generale	15
Chirurgia plastica	15
A.F.O. Lungodeg.- Riabil.	
Medicina Riabilitativa	149
A.F.O. Emergenza	
Rianim. e Terapia intensiva	6
Totale	245

Azienda USL L'AQUILA (p.l. n. 110)

AFO	Disciplina	PSR 99 - 2001
		p.l.

Casa di Cura SANATRIX (L'Aquila)

A.F.O. Medicina	
Cardiologia	9
Medicina interna	20
A.F.O. Chirurgia	
Chirurgia generale	12
Ortopedia	6
Otorinolaringoiatria	6
Urologia	6
A.F.O. Materno Infantile	
Ostetricia-Ginecologia	8
A.F.O. Emergenza	
Rianim. e Terapia intensiva	2
totale	69

Casa di Cura VILLA LETIZIA (L'Aquila)

A.F.O. Chirurgia	
Chirurgia plastica – OLR	13
Ortopedia e Traumatologia	14
A.F.O. Lungodeg.- Riabil.	
Medicina Riabilitativa	13
A.F.O. Emergenza	
Rianim. e Terapia intensiva	1
Totale	41

Azienda USL LANCIANO-VASTO (p.l. n.20)

AFO	PSR
Disciplina	99 - 2001
	p.l.

Casa di Cura S.FRANCESCO (Vasto)

A.F.O. Lungodeg.- Riabil.	
Medicina Riabilitativa	20
totale	20

Azienda USL PESCARA (p.l. n.507)

AFO	PSR
Disciplina	99 - 2001

Casa di Cura PIERANGELI (Pescara)

A.F.O. Medicina	
Cardiologia	10
gastroenterologia	10
Medicina interna	32
A.F.O. Chirurgia	
Chirurgia generale	40
Chirurgia vascolare	10
Oftalmologia	7
Ortopedia	15

Otorinolaringoiatria	7
Urologia	16
A.F.O. Materno Infantile	
Ginecologia	5
A.F.O. Emergenza	
Rianim. e Terapia intensiva	3
totale	155

Casa di Cura VILLA SERENA (Pescara)

A.F.O. Medicina	
Medicina interna	20
Neurologia	40
Psichiatria	40
Geriatría	15
A.F.O. Chirurgia	
Chirurgia generale	10
Ortopedia e Traumatologia	25
A.F.O. Emergenza	
Rianim. e Terapia intensiva	2
A.F.O. Lungodeg.- Riabil.	
Medicina Riabilitativa	200
totale	352

Per l'attivazione delle nuove discipline si provvede con delibera di Giunta Regionale, acquisiti i pareri delle Aziende Sanitarie Locali interessate e sentita la Conferenza Permanente Regione-USL, a conclusione dei prescritti procedimenti di autorizzazione e di accreditamento.

A tal fine, per l'autorizzazione è fatto riferimento ai requisiti previsti dal DPR 14.1.97 o eventuali integrazioni e modifiche; per l'accreditamento provvisorio è fatto riferimento ai requisiti della L.R. n.85/89 fino alla determinazione degli "ulteriori requisiti" per l'accreditamento definitivo.

In conseguenza del mutato dimensionamento dei posti letto delle Case di Cura private, al fine di consentire la compiuta funzionalità delle stesse il primo periodo del comma 1° dell'art. 27 della L.R. n. 85 del 14.9.1989 recante "Norme sulla disciplina sulle Case di Cura private" viene così modificato:

"Ogni Casa di Cura deve essere articolata in unità funzionale di degenza con posti letto non inferiori a n.15, ovvero a n.5 nel caso di specialità aggregate della stessa area funzionale e non superiori a n.30".

Al fine di assicurare l'attuale livello occupazionale presso le suddette Case di cura private, eventuali esuberanti di personale derivanti dal presente ridimensionamento di posti letto, accertati a seguito di apposite verifiche in applicazione degli standards di cui alla legge regionale n.85/89, dovranno trovare ricollocazione nell'ambito delle

strutture sanitarie private territoriali (RSA, strutture riabilitative ex art.26, ecc.), il tutto in coerenza dei criteri ispiratori e dei vincoli previsti dal presente piano. Anche a tal fine, in attesa dell'attivazione delle nuove discipline, previste nel presente piano, le strutture private potranno continuare ad operare, per un periodo massimo di sei mesi con le discipline già provvisoriamente accreditate, nell'ambito numerico complessivamente ridefinito nel presente atto programmatico, mediante appositi piani di lavoro definiti con il Direttore generale della USL. Qualora ricorrano esigenze particolari dovute alla necessità di opere strutturali di particolare complessità, il termine di cui sopra può essere prorogato, con atto di Giunta Regionale, fino ad un massimo di due anni dalla data di entrata in vigore del presente piano.

Nel contesto delle disposizioni programmatiche nazionali per il contenimento della spedalizzazione, considerate le linee di indirizzo del nuovo Piano Sanitario Nazionale ed il disposto della legge delega di riordino dello stesso, entro 6 mesi dalla data di approvazione del presente piano, la Regione procederà ad una valutazione analitica dell'andamento della spesa e della funzionalità delle A.F.O. nel settore delle cliniche private prendendo le opportune decisioni sulla base delle risultanze.

■ - LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture extraospedaliere, gestite da soggetti pubblici o privati o in forma mista, finalizzate a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti e di soggetti disabili non autosufficienti, non assistibili a domicilio, richiedenti trattamenti continui, e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della legge 23.12.1978 n.833.

Le RSA, che rappresentano una nuova ed efficace risposta di assistenza sanitaria a quelle persone che versano in particolari condizioni di debolezza e bisogno, costituiscono per la loro funzione una delle strutture sanitarie in cui si realizza ed attua con maggiore evidenza l'integrazione organica dell'assistenza sociale con quella sanitaria.

La ASL è tenuta a verificare annualmente lo stato dell'assistenza prestata.

La localizzazione delle RSA sul territorio, inteso nella sua accezione più ampia e quindi non soltanto fisica, deve contemperare insieme la crescente necessità del servizio e la equa "territorializzazione" delle stesse a garanzia della continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione che l'ospite deve poter tenere anche all'esterno della struttura.

Interventi programmatici

La Regione Abruzzo ha programmato e posto in essere la realizzazione di nuove RSA pubbliche attraverso il programma in edilizia sanitaria di cui all'art.20 della L.67/1988 in aderenza e collegamento, operativo e funzionale, con il programma di ridimensionamento dei posti letto ospedalieri.

Per quanto attiene alla tipologia di RSA destinate agli anziani, occorre considerare che la previsione nazionale è stata definita in 140.000 pp.II. per anziani ultrasessantacinquenni valutati su una popolazione italiana specifica di 9.644.533 al 31.12.1995. Conseguentemente, sulla base della popolazione abruzzese di pari età alla medesima data (stimata nell'ordine di circa 233.315) il fabbisogno regionale di posti letto può individuarsi in circa 3.388;

Per quanto attiene alla tipologia di RSA destinate ai disabili fisici, psichici e sensoriali, gravi e gravissimi, e dementi il fabbisogno corrisponde complessivamente a circa n. 4490 posti letto pari allo 0,36% della popolazione abruzzese.

Nella considerazione che, escluse le condizioni patologiche di riabilitazione post-acuzie che trovano risposta nei reparti di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera pubblica e privata, di cui alle specifiche tabelle relative alla rete ospedaliera, questi soggetti trovano oggi risposta alle proprie difficoltà nei centri di riabilitazione ex art.26 della legge n.833/1978 per complessivi n.531 posti letto, si ritiene che le RSA destinate ai disabili devono far fronte ad un fabbisogno complessivo, di n.3959 posti letto.

Conseguentemente, per il lungo periodo, che si spinge oltre la vigenza del presente Piano, si deve far riferimento ad un fabbisogno ottimale di pp.ll. 3.388 per anziani e 3.959 (4490-531) per disabili.

L'accesso in R.S.A. per anziani è subordinato alla valutazione della Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) Al fine di garantire la continuità assistenziale, la realizzazione efficace dei piani d'intervento programmati e l'efficienza economica del servizio, la gestione sanitaria dei pazienti in R.S.A. è affidata al medico geriatra della struttura.

Con il seguente prospetto si evidenzia il programma di realizzazione di R.S.A. pubbliche già attivate e in fase di costruzione per un complessivo numero di 1432 di posti letto.

R.S.A. PUBBLICHE ATTIVATE E PROGRAMMATE NELLA REGIONE ABRUZZO CON FONDI USL			
USL TERAMO			
TERAMO (Casalena)	TERAMO	76	<i>Note</i> 76 PL finanziati dalla USL e in parte con l'art.20
Totale	TERAMO	76	
USL PESCARA			
CITTA' S.ANGELO	PESCARA	40	PL attivati con progetto obiettivo fondi USL
PENNE	PESCARA	60	realizzato dalla USL
TOCCO A CASAURIA	PESCARA	60	20 PL attivati con fondi USL 40 PL da attivare con fondi USL dei quali 36 PL finanziati 1°triennio art.20
Totale	PESCARA	160	
USL CHIETI			
GUARDIAGRELE	CHIETI	60	intervento USL
Totale	CHIETI	60	
TOTALE	REGIONE ABRUZZO	p.l. 296	

R.S.A. PUBBLICHE ATTIVATE E PROGRAMMATE NELLA REGIONE ABRUZZO CON FONDI Art.20 L.67/1988		
TOTALE	REGIONE ABRUZZO	p.l. 1136

I Direttori Generali delle USL, nell'ambito dei Piani di sviluppo delle proprie Aziende, provvederanno ad elaborare proposte di attivazione di R.S.A. tenendo conto :

- della domanda assistenziale specifica;
- delle disponibilità finanziarie dell'Azienda;
- delle strutture da riconvertire, con particolare attenzione alle IPAB che erogano prestazioni a valenza sanitaria;
- della partecipazione finanziaria degli Enti Locali;
- della partecipazione finanziaria di soggetti privati;
- di nuove modalità di sperimentazione gestionale;

La Giunta Regionale esamina le proposte delle Aziende USL ed adotta i competenti provvedimenti.

Resta fermo quanto disposto dal comma 7° dell'art.2 del D.P.R. 14.1.1997.

Nell'arco di vigenza del presente Piano potranno essere accreditate strutture no-profit e private entro un massimo percentuale rispettivamente del 20% e del 10% del fabbisogno complessivo pari a n.7878 posti letto.

La mancata attivazione dei posti letto pubblici previsti dal presente piano costituirà elemento di valutazione negativa del Direttore Generale della USL. Fino alla determinazione degli "Ulteriori requisiti" per l'accreditamento definitivo, potranno essere provvisoriamente accreditate le RSA in possesso dei requisiti di cui alla L.R. 62/98.

Nel contesto di intervento pubblico previsto nell'arco di vigenza del presente Piano, assume particolare rilievo il progetto di realizzare una RSA a Penne, mediante un'azione sinergica della AUSL di Pescara, dell'Università di Chieti, dell'Università de' L'Aquila, dell'IST e da un soggetto privato specializzato nel campo della riabilitazione, tesa ad assicurare contestualmente livelli di eccellenza per l'assistenza e per la ricerca nel campo degli anziani e dei disabili.

Infatti, l'invecchiamento della popolazione, con le sue ricadute di ordine assistenziale, sanitario e sociale, impone una scelta coerente e forte per garantire la salute psicofisica degli anziani.

Si ritiene, quindi, di dover promuovere su questa area di attività la creazione di un complesso che sia contemporaneamente di ricerca e di intervento clinico e possa fornire da un lato risposte specifiche ed adeguate ai pazienti e dall'altro produrre linee-guida ed indirizzi operativi alle altre strutture, nonché formare personale specializzato.

La Regione Abruzzo, consapevole di queste esigenze, intende attivare un **polo di eccellenza** finalizzato all'assistenza e allo studio delle problematiche dell'invecchiamento, nonché ad una attività di cure palliative rivolta ai pazienti terminali (hospice).

Su questo obiettivo si assume l'intervento programmatico coinvolgente l'AUSL di Pescara, in cui insiste la strutture di Penne, l'Università G. D'Annunzio di Chieti – Facoltà di Medicina, con particolare riferimento al Centro Studi sull'invecchiamento (CESI) ed all'Istituto di Tecnologie Avanzate Biomediche (ITAB, L'Università di L'Aquila – Facoltà di Medicina, l'Istituto Scientifico Tumori di Genova (IST) e un

soggetto privato, da individuare a cura del Direttore Generale della AUSL di Pescara attraverso le procedure previste dalla vigente normativa per l'affidamento in concessione della realizzazione e/o gestione della struttura.

Nella struttura di Penne troveranno collocazione n. 60 posti letto di RSA per anziani (20 dei quali destinati ad un nucleo Residenziale Alzheimer) , n.60 posti letto di RSA per disabili, di cui n.20 posti letto destinati ad un centro per le cure palliative (hospice), con terminali di ricerca in campo biologico, epidemiologico e riabilitativo afferenti al CESI e all'ITAB. Detti posti letto saranno funzionalmente collegati ai posti letto tradizionali e di day hospital presenti nelle Unità Operative di Geriatria e Riabilitazione del Presidio Ospedaliero di Penne.

Nel CESI e nell'ITAB l'Università G.D'Annunzio collocherà strutture proprie di diagnostica, assistenza e ricerca clinica nel campo geriatrico, della alta tecnologia riabilitativa della diagnostica per immagini e funzionale, della didattica telematica e multimediale, la cui attività è collegata con la struttura di Penne al fine di garantire una più qualificata assistenza.

L'IST di Genova analogamente darà il contributo della sua lunga e qualificata esperienza nel campo dell'assistenza e ricerca sui pazienti oncologici.

L'Università di L'Aquila assicurerà sia l'assistenza medica necessaria al funzionamento per il centro medico per le cure palliative sia le necessità di emergenza per 24 ore al giorno.

Il soggetto privato deve provvedere in concessione alla ottimizzazione strutturale degli immobili di proprietà della AUSL Pescara a ciò destinati, nonché curare la gestione dei servizi sanitari, assistenziali, alberghieri e generali della Residenza. Le Università di Chieti e di L'Aquila e l'Istituto Tumori di Genova saranno impegnati nel progetto, per le finalità sopra indicate, a mezzo di atti di consulenza stipulati con l'AUSL di Pescara con oneri predeterminati a carico del soggetto privato concessionario.

L'AUSL di Pescara potrà procedere alla stipula di apposita consulenza anche con Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico qualora ritenga necessario l'apporto di detti soggetti nella R.S.A. di Penne ai fini dell'assistenza e dello studio delle problematiche dell'invecchiamento. I conseguenti oneri saranno a carico del soggetto privato concessionario.

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI					
Fabbisogno					
(teorico riferito alla popolazione)					
AZIENDA USL	ANZIANI		DISABILI		RSA
	Popolazione oltre 65 anni	FABBISOGNO 1,452% di popolazione oltre 65 anni	Popolazione	FABBISOGNO 0,36 % di popolazione	(totale)
	Ab.	Posti Letto	Ab.	Posti Letto	FABBISOGNO complessivo
					Posti Letto
AVEZZANO SULMONA	37603	546	201011	724	1270
CHIETI	33095	481	176911	637	1117
LANCIANO - VASTO	35228	512	188316	678	1189
L'AQUILA	19187	279	102568	369	648
PESCARA	54659	794	292182	1052	1846
TERAMO	53542	777	286214	1030	1808
REGIONE ABRUZZO	233314	3388	1247202	4490	7878

■ - L'ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE

STRATEGIA DEL PERCORSO RIABILITATIVO

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si permette ad una persona disabile di raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale e psico-affettivo, con la minore restrizione possibile delle sue possibilità operative, pur nell'ambito dei limiti della sua menomazione.

Le attività di riabilitazione sono, pertanto, finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni prevenendo le menomazioni secondarie a curando le disabilità al fine di contenere ed evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità della vita e l'inserimento psico-sociale.

I due aspetti critici di tale attività sono rappresentati da :

1. la necessità che le attività riabilitative intervengano nella prima fase della malattia a rischio di disabilità, quando maggiore è il potenziale di recupero;
2. la graduazione degli interventi riabilitativi, sia in termini di strutture eroganti, che di tipologia delle attività erogate, sulla base del tipo di menomazione e disabilità evidenziate e della fase di malattia in cui si interviene.

La molteplicità degli aspetti connessi alla riabilitazione richiede una definizione di due ambiti generali :

1. attività riabilitativa generica, orientata ad eliminare o contenere qualunque forma di disabilità; così intesa, ogni attività sanitaria è anche attività di riabilitazione, in quanto ogni intervento - sia esso preventivo o diagnostico o terapeutico - ha come obiettivo l'evitare o il ridurre il rischio che si determinino menomazioni permanenti dell'individuo;
2. attività riabilitativa specifica, caratterizzata dall'insostituibile ricorso a tecniche, mezzi o operatori finalizzati alla soluzione di problemi medico-riabilitativi più complessi.

E' quindi evidente che l'intervento riabilitativo specifico di cui ci si occupa deve avere inizio al momento stesso in cui il danno si instaura, quando sono in atto tutti gli altri provvedimenti terapeutici; è difficile, tuttavia, determinarne la durata: il termine, infatti, può essere definito soltanto da un accurato bilancio tra la stabilizzazione degli esiti e la presenza di potenzialità di recupero.

Ne emerge che l'intervento è di totale appartenenza alla sfera sanitaria; inoltre, tale intervento, spesso declinato in una multiformità integrata di procedure, è diretto al massimo recupero funzionale ottenibile e, mirando alla

costruzione/ricostruzione personologica dell'assistito, si avvale di un lavoro pluri - professionale e interdisciplinare. Pertanto deve essere integrato necessariamente attraverso un lavoro di rete con la sfera sociale.

LIVELLI ORGANIZZATIVI DEGLI INTERVENTI SANITARI DI RIABILITAZIONE

Nell'ambito degli interventi sanitari di riabilitazione si individuano, sia per la riabilitazione **ospedaliera** che per quella **extraospedaliera**, due distinti livelli assistenziali in relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione ed alla quantità e qualità delle risorse assorbite:

◆ **attività di riabilitazione intensiva**, o di **alta intensità assistenziale**, diretta sia alla definizione di un puntuale inquadramento diagnostico-funzionale-prognostico che al recupero di menomazioni e/o disabilità importanti che richiedono un elevato impegno terapeutico-riabilitativo erogato, a secondo della menomazione/disabilità trattata, da specifico personale tecnico sanitario della riabilitazione;

◆ **attività di riabilitazione estensiva** diretta principalmente al massimo recupero funzionale e sociale di menomazioni e/o disabilità e, nei casi di danno stabilizzato ma passibile di effetti involutivi, finalizzata al mantenimento dei livelli funzionali raggiunti e al rallentamento del processo involutivo, tipico delle forme degenerative;

Le strutture sanitarie per il recupero e la riabilitazione funzionale, secondo il D.P.R. 14 gennaio 1997, si articolano in:

1. *strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno;*

2. *strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale;*

3. *strutture che erogano prestazioni in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, ambulatoriale e domiciliare.*

Tali presidi, differenziati per quanto concerne funzioni e modalità di trattamento, vanno considerati in un unico contesto di programmazione sanitaria in considerazione della rilevanza della continuità terapeutica nel campo della riabilitazione e del recupero funzionale.

Occorre, quindi, una visione globale dei percorsi riabilitativi che il soggetto attraversa dalla fase immediatamente post-acuta fino alla fase di mantenimento.

In riferimento alla tipologia di intervento, le strutture sanitarie per il recupero e la riabilitazione funzionale si distinguono in :

- STRUTTURE DI PRIMO LIVELLO

Le strutture organizzative di primo livello erogano le seguenti tipologie di interventi:

⇒ *interventi di riabilitazione di mantenimento e/o di prevenzione del degrado di soggetti in situazioni di svantaggio esistenziale (handicap) da praticarsi*

dopo che siano stati esperiti tutti gli interventi che mirano al massimo recupero funzionale e sociale;

⇒ prestazioni di medicina specialistica finalizzate al recupero di menomazioni transitorie e di minore gravità.

Le strutture che appartengono a questo livello si distinguono in:

a) servizi ambulatoriali di medicina specialistica di cui al D.M. 22 luglio 1996;

b) le Residenze Sanitarie Assistenziali, di cui all'art. 20 della legge n. 67/88, che offrono un livello medio-basso di tutela sanitaria, accompagnata da un alto livello di assistenza tutelare ed alberghiera a soggetti adulti ed anziani portatori di patologie cronicizzate, parzialmente o totalmente non autosufficienti.

- STRUTTURE DI SECONDO LIVELLO

Le strutture di secondo livello erogano interventi finalizzati al recupero o al compenso di menomazioni e disabilità importanti, sia di carattere intensivo che estensivo.

1) gli interventi di **riabilitazione intensiva**, o di **alta intensità assistenziale**, si effettuano:

- nei **presidi ospedalieri** in grado di garantire la presa in carico multicomprendiva di individui di tutte le età per il recupero funzionale di menomazioni e disabilità; le attività di riabilitazione intensiva si esplicano di norma entro i 60 giorni dal ricovero a seconda della patologia; tale limite temporale, tuttavia, non si applica ai primi ricoveri di mielolesi e traumatizzati cranio-encefalici, comi post-anossici e gravi cerebropatie qualora questi non trovino collocazione negli appositi centri di terzo livello;

- nei **presidi extraospedalieri** in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997, destinati alla presa in carico multicomprendiva di individui di tutte le età per il recupero funzionale di menomazioni e disabilità che richiedono interventi riabilitativi di tipo intensivo (*non meno di 3 ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero*), di tutela medica e di nursing dedicato, realizzabili in ambiente non ospedaliero, articolati nell'arco delle ore diurne della giornata o delle 24 ore (*continuativo*), in base al grado di non autosufficienza e di necessità di interventi assistenziali di base degli utenti. Tali attività di riabilitazione intensiva si espletano di norma entro i 120 giorni dall'accoglimento.

2) gli **interventi di riabilitazione estensiva** si esplicano nelle strutture extraospedaliere di secondo livello in base al D.P.R. 14 gennaio 1997 che, in relazione alle diverse minorazioni trattate ed alla diversa intensità dei trattamenti erogati, sono deputati al recupero funzionale e sociale di menomazioni e disabilità tramite prestazioni diagnostico-prognostiche e terapeutico-riabilitative che si avvalgono, di norma e in maniera interdisciplinare, di apporti clinici, psicologici, pedagogici e sociali. La tipologia dei trattamenti erogati dai Centri è così articolata:

- ◇ *residenza a ciclo continuo;*
- ◇ *residenza a ciclo diurno;*
- ◇ *trattamento ambulatoriale, domiciliare ed extramurale.*

Le strutture extraospedaliere di secondo livello, ove possono coesistere le due tipologie (*intensiva ed estensiva*) di trattamento, sono rappresentate in ambito regionale dai Centri ed Istituti di Riabilitazione pubblici e privati, di cui all'art. 26 della Legge 23.12.1978, n. 833, quali strutture con organizzazione e con competenze multidisciplinari, idonei ad assicurare un complesso di interventi tecnicamente qualificati per il recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa. Tali strutture sono tenute a garantire tutte le procedure necessarie per definire il profilo funzionale del soggetto ai fini della predisposizione del piano individualizzato d'intervento in stretta relazione con la diagnosi clinica e funzionale dello stesso nonché ad erogare prestazioni finalizzate al massimo recupero delle disabilità rilevate nonché a verificarne i relativi esiti.

In attesa dell'emanazione dei requisiti "*ulteriori*" per l'accreditamento definitivo, rimangono transitoriamente accreditate le strutture riabilitative convenzionate alla data del 1° gennaio 1993. La permanenza dei requisiti va verificata sulla base delle disposizioni vigenti di cui alle leggi regionali nn. 46/84 e 29/91. I requisiti relativi agli standards di personale possono essere verificati con cadenza annuale sulla base delle negoziazioni preventive che intervengono fra i Centri di riabilitazione, la Regione e le Aziende USL.

Gli Istituti ed i Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale sono presidi *di esclusiva appartenenza al sistema sanitario extraospedaliero* (S.C.P.S. : Linee-guida del 5.4.1994).

- STRUTTURE DI TERZO LIVELLO

Le strutture di terzo livello si caratterizzano per l'erogazione di attività di riabilitazione intensiva che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato come quelle rivolte al trattamento delle menomazioni e disabilità più complesse, nonché di quelle connesse con forme di patologia rara per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di una adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzature particolarmente complesse, di avanzata tecnologia e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche.

Sono erogate da presidi di alta specialità, secondo quanto stabilito dal D.M. 29 gennaio 1992 e dall'art. 1, comma 3, del Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n. 269.

INDIRIZZI GENERALI PER LA GESTIONE TRANSITORIA

La Giunta Regionale, anche avvalendosi - ogni qualvolta sia ritenuto opportuno - di apporti collaborativi di istituzioni scientifiche, di organizzazioni sindacali e sociali, nonché di Commissioni e gruppi di lavoro e di studio appositamente costituiti, per la gestione transitoria delle strutture ad oggi esistenti:

a) procede, in relazione alle necessità assistenziali, al riassetto territoriale dei Centri e degli Istituti di riabilitazione a garanzia dei livelli essenziali di assistenza per la razionalizzazione delle risorse e della unitarietà degli interventi;

- b) promuove la revisione delle Leggi regionali in materia di riabilitazione;
- c) promuove la formazione di un **organismo consortile** tra Enti pubblici, istituzioni scientifiche, Enti privati singoli e/o associati per la realizzazione di un **polo di eccellenza** finalizzato all'assistenza ed allo studio delle problematiche dell'invecchiamento e della disabilità;
- d) definisce con apposite linee-guida regionali la disciplina dei percorsi terapeutico-riabilitativi sulle attività di riabilitazione extraospedaliera, avute presenti le normative vigenti, le disposizioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale in formazione e le direttive impartite dal Ministero della Sanità;
- e) promuove le sperimentazioni gestionali pubblico-privato;
- f) esercita l'attività di verifica delle prestazioni e degli standards di qualità;
- g) determina le tariffe delle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera attualmente commisurate ai livelli di costo delle rette;
- h) ai fini del monitoraggio delle attività regionali, si avvale delle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva istituita con deliberazione della Giunta Regionale 18 aprile 1997, n. 893.

Obiettivo fondamentale del riordino del settore riabilitativo extraospedaliero è quello della razionalizzazione delle risorse e dell'unitarietà dell'intervento.

L'unitarietà dell'intervento si realizza attraverso l'istituzione di Uffici di Riabilitazione unici in ciascuna Azienda USL, con l'istituzione di un Organismo regionale di monitoraggio collegiale composto dal Dirigente regionale responsabile dell'apposita struttura e da tutti i responsabili degli uffici di riabilitazione delle Aziende USL. La razionalizzazione delle risorse si realizza attraverso l'applicazione di scelte di percorsi terapeutico-riabilitativi, dalle prestazioni più costose a quelle meno costose, secondo il livello di necessità assistenziale sanitaria.

Il monitoraggio unitario dell'intero percorso riabilitativo possibile consentirà una programmazione locale degli interventi commisurati alle necessità dell'utenza e secondo i livelli assistenziali programmati dalla regione.

Durante la fase transitoria, ossia dall'accreditamento provvisorio a quello definitivo, si provvede alla classificazione dei presidi di riabilitazione secondo quanto previsto dal D.P.R. del 14.1.1997.

La Regione, con le strutture provvisoriamente accreditate, fissa i piani annuali delle prestazioni (tipologia e volumi di attività, spesa) come previsto dal comma 32, art. 1 della Legge n. 662/1996 e successive modificazioni ed integrazioni.

Seguendo il criterio dello snellimento delle procedure è istituito il sistema di libero accesso alle prestazioni attraverso protocolli d'intesa a livello regionale con gli erogatori che tengano conto dei budget di prestazioni erogabili, dei criteri di verifica dei piani di trattamento e di congruità delle prestazioni attraverso l'identificazione dei criteri dell'avente diritto di cui alla L.R. n. 46/84 ed all'art. 26 della Legge n. 833/1978, la potenzialità massima di prestazioni erogabili nei Centri ed Istituti interessati attraverso l'applicazione degli standards di personale di cui alla normativa attualmente vigente, le modalità di applicazione dei necessari flussi informativi

giornalieri delle prestazioni rese ed ogni ulteriore utile sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

ANNOTAZIONI FINALI

Per le ammissioni ai trattamenti previsti dal progetto riabilitativo viene adottata la classificazione delle condizioni di minorazione del soggetto da riabilitare secondo la *Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap (I.C.I.D.H.)*.

CENTRI ED ISTITUTI DI RIABILITAZIONE EXTRAOSPEDALIERA OPERANTI IN REGIONE (art. 26 - Legge 23.12.1978 n. 833)

Azienda USL di AVEZZANO - SULMONA

1. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno :

- Sulmona : S. Francesco n. 15 posti a ciclo diurno

2. Strutture eroganti prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale:

- Sulmona : Centro Riabilitazione Bier n. 57 prestazioni ammissibili
 - Castel di Sangro: Istituto S. Stefano n.110 prestazioni ammiss.li
 - Sulmona: Presidio di riabilitazione ex polio (*) n.20 prestazioni ammissibili
 - Avezzano: Presidio di riabilitazione (*) n.20 prestazioni ammissibili

(*) *centri pubblici*

Azienda USL di CHIETI

1. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno:

- Chieti : Piccola Opera Caritas n. 8 p. a ciclo continuo estensivo
 n. 15 posti a ciclo diurno

2. Strutture eroganti prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale:

- Chieti : S.Stefano n. 125 prestazioni ammissibili
 - Chieti Scalo : S.Stefano n. 115 prestazioni ammissibili

3. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno ed ambulatoriali:

- Chieti : Ist.Maristella n. 70 posti a ciclo continuo estensivo
 n. 40 posti a ciclo diurno
 n. 65 prestazioni ammissibili
 - Chieti : Paolo VI n. 65 posti a ciclo diurno
 n. 140 prestazioni ammissibili
 - Francavilla : Ist.S.Caterina n. 120 posti a ciclo continuo estensivo

n. 80 posti a ciclo diurno
n. 310 prestazioni ammissibili

Azienda USL di LANCIANO - VASTO

1. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno:

- Lanciano: S.Francesco "Villa Giulia" n. 32 p. a ciclo continuo estensivo
n. 30 posti a ciclo diurno
- Vasto : S.Francesco n. 50 posti a ciclo diurno

2. Strutture eroganti prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale:

- Lanciano: Istituto S.Stefano n. 216 prestazioni ammissibili
- Villa S.Maria: Istituto S.Stefano n. 130 prestazioni ammissibili
- Vasto: Istituto S.Stefano n. 140 prestazioni ammissibili
- S.Salvo: Istituto S.Stefano n. 80 prestazioni ammissibili
- Casalbordino: Istituto S.Stefano n. 60 prestazioni ammissibili
- Scerni: S.Francesco n. 20 prestazioni ammissibili
- Atesa: Centro Riabilitazione "S.Rocco" n. 84 prestazioni ammissibili
- Casoli: Centro Riabilitazione "S.Rocco" n. 92 prestazioni ammissibili
- Casoli: Centro Riabilitazione "S.Reparata" n. 39 prestazioni ammissibili
- Cupello: Istituto S.Stefano n. 47 prestazioni ammissibili

3. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno ed ambulatoriali:

- Vasto: Marina: S.Francesco n.50 posti a ciclo continuo estensivo
n.50 posti a ciclo continuo intensivo
n.105 posti a ciclo diurno
n. 250 prestazioni ammissibili
- Gissi : S.Francesco n. 48 posti a ciclo continuo estensivo
n. 30 posti a ciclo diurno
n.130 prestazioni ammissibili

Azienda USL di L'AQUILA

2. Strutture eroganti prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale:

- L'Aquila : Istituto S.Stefano n.115 prestazioni ammissibili
- L'Aquila : New Rehabilitation Center n.50 prestazioni ammissibili

Azienda USL di PESCARA**1. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno:**

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Bolognano : Paolo VI (*) | n. 50 p. a ciclo continuo intens. |
| - Pescara: Paolo VI | n. 30 p. a ciclo continuo intens.
n. 70 posti a ciclo diurno |
| - Spoltore: Piccola Opera Charitas | n. 15 p. a ciclo continuo estens.
n.15 posti a ciclo diurno |

2. Strutture eroganti prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale:

- | | |
|--|-------------------------------|
| - Castiglione C. Paolo VI "C.S.Clemente" | n.50 prestazioni ammissibili |
| - Pescara: Paolo VI "Centro Tabor" | n.165 prestazioni ammissibili |
| - Pescara: S.Stefano | n.145 prestazioni ammissibili |
| - Montesilvano : S.Stefano | n.180 prestazioni ammissibili |

3. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno ed ambulatoriali:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| - Penne e Civitaquana: Paolo VI | n. 30 posti a ciclo diurno
n. 100 prestazioni ammissibili |
| - Pescara: Centro Adriatico Paolo VI | n. 20 posti a ciclo diurno
n. 85 prestazioni ammissibili |
| - Pescara: Istituto Don Orione | n. 15 p. a ciclo continuo estens.
n. 95 posti a ciclo diurno
n. 395 prestazioni ammissibili |

(*) in corso accertamenti requisiti

Azienda USL di TERAMO**2. Strutture eroganti prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale:**

- | | |
|--|--------------------------------|
| - Teramo: Istituto S.Stefano | n. 124 prestazioni ammissibili |
| - Atri: Istituto S.Stefano | n. 95 prestazioni ammissibili |
| - Roseto degli Abruzzi : Istituto S.Stefano | n. 121 prestazioni ammissibili |
| - Alba Adriatica: Istituto S.Stefano | n. 65 prestazioni ammissibili |
| - S.Egidio Alla Vibrata: Istituto S.Stefano | n. 45 prestazioni ammissibili |
| - Scerne di Pineto: Riabilitazione Primavera | n. 60 prestazioni ammissibili |

3. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno ed ambulatoriali:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| - Giulianova: Piccola Opera Charitas | n. 100 p. a ciclo continuo est.
n. 100 posti a ciclo diurno
n. 50 prestazioni ammissibili |
|--------------------------------------|---|

■ - LA SALUTE MENTALE

Le Aziende USL provvedono agli interventi concernenti la tutela della salute mentale attraverso i Dipartimenti per la Salute Mentale (DSM), istituiti in ciascuna USL di uno ogni 100.000 - 150.000 abitanti.

Il D.S.M. costituisce pertanto un complesso di strutture e di servizi tra loro integrati "in grado di accogliere l'intera domanda psichiatrica" del territorio di competenza, con una presenza diffusa di ascolto ed una continuità dinamica di assistenza, con l'obiettivo di passare dalla psichiatria di "contenimento" a quella di prevenzione, cura e riabilitazione.

In ciascuna Azienda USL della regione Abruzzo il D.S.M. è costituito come dipartimento "di struttura", a valenza aziendale, con autonomia organizzativa, è dotato di un proprio budget pari almeno al 5% del F.S.R. assegnato a ciascuna Azienda USL, secondo quanto previsto dal P.O. per la tutela della salute mentale – triennio 1998-2000 e comprende i seguenti servizi e strutture:

1. i Centri di Salute Mentale (C.S.M.), che coordina le attività sul territorio;
2. Il Servizio psichiatrico-ospedaliero di diagnosi e cura (S.P.D.C.);
3. Il Servizio territoriale di Neuropsichiatria Infantile;
4. Le strutture riabilitative residenziali protette e le strutture riabilitative residenziali semiprotette (case famiglia); le strutture riabilitative semi-residenziali;
5. Il Servizio di Psicologia, quale nucleo organizzativo di tutte le attività di competenza psicologica all'interno del D.S.M..

Per consentire al DSM di svolgere le funzioni ad esso attribuite dal PSR 94/96 e dal presente Piano, nonché dal complesso delle norme ordinarie vigenti, vengono indicate di seguito le modalità organizzative cui fare riferimento nella strutturazione dello stesso DSM, avendo cura di privilegiare modelli organizzativi e funzionali che riconducano ad unità le osservazioni e gli interventi nei confronti dei pazienti/utenti.

Nell'ambito di ciascun Dipartimento di Salute Mentale vanno attivati sportelli informativi a sostegno delle famiglie degli assistiti con la partecipazione delle Associazioni di familiari iscritte all'Albo Regionale, con maggiore rappresentatività sul territorio.

L'azienda USL, tramite il DSM istituisce corsi annuali di aggiornamento obbligatorio al precipuo scopo della formazione permanente e specifica del proprio personale (assistenza SPDC et extraospedaliera).

Le USL, attraverso il DSM, metteranno a disposizione dell'utenza psichiatrica, nell'ampio ventaglio delle prestazioni erogabili anche previdenze economiche, a carico della Regione, sotto forma di:

- borse lavoro finalizzate a promuovere la riabilitazione l'inserimento socio-riabilitativo;

- sussidi familiari;
- assegni mensili adeguati ad eventuali famiglie affidatarie che intendono farsi carico dell'assistenza a sofferenti psichici in stretta collaborazione con il CSM territoriale, in alternativa all'invio in strutture residenziali.

Il DSM deve promuovere un coordinamento, tra le istituzioni (Provincia e Comuni) e le associazioni impegnate nel campo della tutela mentale, al fine di creare progettualità tese al varo di cooperative (di tipo B e regolarmente iscritte all'Albo regionale) atte all'inserimento lavorativo dei soggetti ritenuti idonei; tale coordinamento avrà il compito di controllare l'effettivo impiego dei propri assistiti pena l'immediato decadimento di eventuali appalti oltre che la riserva d'intervento alle autorità competenti.

A. SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE

E' costituito dai :

Centri di Salute Mentale che, devono essere adeguatamente dotati di strutture, di personale al fine di garantire l'attività per 6 giorni settimanali, per tutto l'arco delle ore diurne (ore 8 - 20).

I Centri di Salute Mentale svolgono attività ambulatoriale, domiciliare, consultoriale e fungono da filtro per l'attività di ricovero.

Forniscono prestazioni farmacologiche, psicoterapiche e socioterapiche ed effettuano interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. Costituiscono la rete organizzativa dell'équipe degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività sul territorio e degli interventi di ricovero negli ospedali e nelle strutture residenziali, al fine di garantire la continuità terapeutica.

Il Centro Crisi, annesso al C.S.M. assicura gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno. E' dotato di una équipe – costituita da un medico psichiatra e, là dove possibile, da due infermieri – coadiuvata, in caso di necessità, dallo psicologo del C.S.M.

Va attivato almeno un Centro Crisi in ogni A.S.L. per l'emergenza psichiatrica.

L'ambito di riferimento del C.S.M. è di circa 100.000 abitanti.

Di norma, nella sede del C.S.M., ubicata nella città sede della AUSL, vengono svolte le funzioni di direzione dell'intero D.S.M..

Day hospital. E' una struttura semiresidenziale in cui vengono attivati i programmi terapeutici e riabilitativi a breve - medio termine. E' aperto per almeno 8 ore al giorno ed è destinato a pazienti con psicopatologia subacuta, aventi necessità di intervento farmacologico e psicoterapico. Ha la funzione di evitare ricoveri a tempo pieno, nonché di limitarne la durata quando questi si rendano indispensabili. Deve essere dotato di spazi adeguati ed accoglienti e collocato possibilmente al di fuori dell'ambiente ospedaliero. Ogni C.S.M. deve essere dotato di un day hospital.

Centro diurno. E' una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative tese a prevenire e a contenere il ricovero, prevedendosi, eventualmente,

per essi solo ricovero temporaneo. E' in funzione almeno per 8 ore al giorno e deve essere ubicato in locali idonei e adeguatamente attrezzati.

L'utenza del centro diurno è rappresentata da soggetti con grave incapacità o difetti nello stabilire rapporti interpersonali e sociali. Le attività che vi si svolgono mirano al recupero delle capacità di comunicazione e di integrazione sociale e allo sviluppo di abilità lavorative con specifici programmi di tipo occupazionale. E' collocato in un normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità.

B. SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Svolge attività di diagnosi e cura in condizioni di degenza ordinaria per pazienti psichiatrici acuti o subacuti in regime di ricovero volontario e/o obbligatorio.

Devono essere articolati in sezioni di degenza distinti per uomini e donne nell'intento di tutelare la riservatezza e la dignità della persona umana.

Svolge anche attività di counseling e attività ambulatoriale nell'ambito del presidio ospedaliero ove è ubicato.

All'interno del S.P.D.C. deve essere garantita la presenza del medico psichiatra 12 ore su 24 (ore 8-20), con reperibilità notturna.

I pazienti che necessitano di T.S.O. (trattamento sanitario obbligatorio) devono essere ricoverati presso il Servizio Sanitario di Diagnosi e Cura presente sul territorio. In assenza di tale Servizio, si dispone il ricovero nel S.P.D.C. del Dipartimento viciniore. Solo dopo aver accertato la mancanza di posti letto in tali strutture può essere disposto il T.S.O. presso le cliniche private autorizzate e accreditate.

Il Servizio deve essere dotato di personale adeguato e qualificato, allo scopo di evitare il ricorso al contenimento fisico.

Considerato il particolare tipo di utenza, il Dipartimento curerà l'umanizzazione del Servizio con l'organizzazione degli spazi e delle attività in modo da rendere meno traumatico il ricovero e più sopportabile la degenza.

Possono essere programmate, quando le condizioni dei pazienti lo consentono, uscite esterne con l'accompagnamento di un operatore o di un familiare.

Le sedi di tale servizio, indicate nelle corrispondenti tabelle della rete ospedaliera, possono essere oggetto di revisioni e aggiornamenti da parte dei Direttori generali delle Aziende.

Nell'ambito del D.S.M. della USL di Chieti è attivato un servizio per la patologia psicosomatica e i disturbi del comportamento alimentare.

Nell'ambito del D.S.M. della USL di Teramo, Presidio Ospedaliero di Atri, è attivato un servizio di psicoterapia.

C. SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Il Servizio territoriale di Neuropsichiatria Infantile (N.P.I.) eroga assistenza ambulatoriale, domiciliare e di consulenza nei riguardi delle famiglie, nelle scuole, nei

luoghi di lavoro, fornendo prestazioni farmacologiche, psicoterapiche e neuroriabilitative (ex Legge 5.2.1989, n. 104 e D.P.R. successivi).

Opera in stretto collegamento con i Servizi per l'assistenza ai soggetti in età evolutiva e si coordina con lo "sportello" per l'età evolutiva, di cui al progetto-obiettivo specifico.

Tale Servizio è situato, di norma, come riferimento logistico, presso i Presidi Ospedalieri identificati dai Direttori Generali delle Aziende, in ambienti separati e distinti da quelli destinati agli adulti, ma opera su tutto il territorio dell'Azienda coordinandosi con i Responsabili dei Distretti Sanitari di Base. (cfr anche il capitolo posto al termine del p.o. per la "tutela della salute della donna e dei soggetti in età evolutiva").

I Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Aquila e Pescara si avvalgono anche della dotazione di posti-letto di neuropsichiatria infantile previsti nel corrispondente Presidio Ospedaliero ed operano in favore di pazienti provenienti dall'intero territorio regionale.

I Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle altre AUSL operano esclusivamente sul territorio e sono conseguentemente collocati nelle sedi extraospedaliere del D.S.M..

D. LE STRUTTURE RESIDENZIALI

Le strutture residenziali accolgono soggetti con bisogno di interventi terapeutico - riabilitativi in regime di residenzialità extra ospedaliera, diversamente supportate dalle équipes del D.S.M. a seconda dei bisogni. Per evitare nuove forme concentrzionali, le strutture residenziali non dovranno essere contigue e non possono accogliere più di 20 ospiti residenziali e devono essere collocate in contesti che favoriscono lo scambio sociale. Devono ospitare pazienti che, per particolari difficoltà, (psicopatologiche, relazionali, assistenziali, ecc.) non trovano adeguata assistenza attraverso il C.S.M. e le altre strutture territoriali. Il parametro di riferimento è quello di un posto letto ogni 10.000 abitanti sia per le strutture residenziali protette sia per quelle semiprotette. Per l'Abruzzo, già sede di Ospedali Psichiatrici, tale parametro può essere raddoppiato.

Tali strutture sono destinate all'inserimento della cosiddetta "nuova cronicità" che dovrà avvenire in conformità delle linee-guida ministeriali del 17.12.1996 – Sottoprogetto Riabilitazione. Devono essere concepite tappe terapeutiche di passaggio in relazione ai percorsi riabilitativi di ciascun paziente.

Si distinguono in:

Strutture residenziali terapeutico-riabilitative (strutture protette)

svolgono attività sanitarie assistenziali finalizzate alla riabilitazione e risocializzazione dei pazienti affetti da patologia psichiatrica che necessitano di interventi a lungo termine mediante attività medico-psico-riabilitativa.

Richiedono la presenza di personale di assistenza per tutto l'arco delle 24 ore.

Strutture riabilitative residenziali socio-riabilitative (strutture semiprotette - case - famiglia) a più alta intensità assistenziale

sono destinate alla riabilitazione e risocializzazione dei pazienti affetti da patologie psichiatriche ad evoluzione cronica che necessitano di organizzazione ambientale e di interventi terapeutici finalizzati principalmente ad un assetto risocializzante della vita del soggetto trattato anche mediante attività medico-psico-riabilitativa.

Richiedono la presenza di personale di assistenza nell'arco delle 12 ore diurne.

Strutture residenziali socio - riabilitative (strutture semiprotette-case-famiglia) a minore intensità assistenziale

svolgono prevalentemente attività riabilitativa e risocializzante per pazienti affetti da patologie psichiatriche che non richiedono alti livelli di assistenza.

Richiedono la presenza di personale di assistenza a fasce orarie.

Le strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e sub - acuti sono istituite nel rispetto parametro di un posto letto per 10.000 ab. per ciascun tipo.

Strutture residenziali terapeutico - riabilitative per specifiche patologie psichiatriche (Comunità Terapeutiche)

Queste strutture svolgono oltre che attività sanitarie assistenziali, anche riabilitazione e socializzazione.

A tale scopo vengono posti in essere tutta una serie di strumenti innovativi quali la Ergoterapia, Musicoterapia, Danzoterapia e varie attività di laboratorio (di ceramica, di fotografia, di pittura, di falegnameria, ecc...)

Necessitano quindi di figure specifiche e particolari che concorrono in modo sinergico al processo riabilitativo.

Non possono superare il numero di 20 posti letto.

Richiedono personale di assistenza nelle 24 ore.

E. SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA

Situato presso i Centri di Salute Mentale identificati dai Direttori Generali delle Aziende, coordina la sua attività con quella dei servizi e delle sedi in cui opera il D.S.M..

La tipologia del personale necessario per far fronte alle attività qui vi richiamate è identificata nel progetto obiettivo di cui al PSR 94/96. I Direttori Generali delle Aziende USL provvederanno alla definizione della loro consistenza numerica sulla base dei carichi di lavoro documentati.

Ogni D.S.M. deve essere dotato di un Servizio di psicologia clinica ed ogni C.S.M. deve, a sua volta, essere dotato di un adeguato numero di psicologi, ivi compresa una unità di psicoterapia, per i bisogni dell'utenza.

ORGANIZZAZIONE REGIONALE DEI SERVIZI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

La puntuale applicazione della L.R. n. 72 del 25.10.1994 ha consentito, in conformità con le recenti linee-guida ministeriali, la chiusura degli ospedali psichiatrici di l'Aquila e Teramo, nonché la dimissione dei pazienti cronici presso le Cliniche private provvisoriamente accreditate "Villa Serena" e "Villa Pini".

Tale processo si è compiuto attraverso la realizzazione di strutture riabilitative residenziali protette e semi-protette, sia da parte del pubblico che del privato accreditato.

Allo stato attuale risultano attivate:

USL l'AQUILA

N. 4 Comunità protette

N. 13 Comunità semi-protette

USL TERAMO

N. 1 Comunità protetta

N. 9 Comunità semi-protette

N. 1 R.S.A.

USL PESCARA

N. 8 Comunità protette

(autorizzate e provvisoriamente accreditate)

N. 4 Comunità semi-protette

(autorizzate e provvisoriamente accreditate)

USL CHIETI

N. 37 Comunità protette

(autorizzate e provvisoriamente accreditate)

USL AVEZZANO-SULMONA

n. 2 Comunità protette

(autorizzate e provvisoriamente accreditate)

USL LANCIANO-VASTO

n. 2 Comunità protette

(autorizzate e provvisoriamente accreditate)

n. 2 Comunità semiprotette

(autorizzate e provvisoriamente accreditate).

Le USL entro 12 mesi dall'approvazione del presente Piano Sanitario provvedono all'attivazione di almeno una struttura riabilitativa residenziale pubblica destinata all'inserimento delle nuove cronicità.

Le suddette strutture residenziali insistenti nelle U.S.L. di Chieti e di Pescara provvisoriamente accreditate si sono rese necessarie per soddisfare l'intera richiesta di riabilitazione relativa alla "vecchia cronicità" in precedenza gestita dalle suddette

Cliniche in area "ospedaliera" e riferibili a pazienti provenienti dalla intera Regione e da fuori Regione.

Le predette strutture finalizzate alla gestione esclusiva di quei pazienti presenti nelle due Cliniche psichiatriche suindicate alla data dell' 31. 3.1998 sono destinate nel tempo ad un progressivo disimpegno da tale specifica finalità.

Viene rilevato altresì, il seguente stato dei servizi per la tutela della salute mentale, salvo sempre comunque la possibilità di modifica da parte dei Direttori Generali secondo le effettive esigenze delle USL, nonché l'obbligo per ciascuna di esse di provvedere alla realizzazione dei servizi prescritti per la tutela della salute mentale eventualmente non ancora attivati ivi comprese le strutture residenziali psichiatriche per la nuova cronicità.

USL DI AVEZZANO - SULMONA

N.1 Dipartimento di Salute Mentale con sede a Castel di Sangro comprendente:

- U.O. area Avezzano
- U.O. area Sulmona - Castel di Sangro
- U.O. territoriale di neuropsichiatria infantile
- Servizio di Psicologia

U.O. area di Avezzano è così strutturata:

1. Centro di salute mentale n. 1
2. Struttura residenziale protetta n. 1

U.O. area Sulmona - Castel di Sangro è così strutturata:

1. Centro di salute mentale n. 2 (Castel di Sangro - Sulmona)
2. Centro diurno n. 1 (Sulmona)
3. Ambulatori n. 2 (Pescasseroli - Scanno)
4. Struttura residenziale protetta (Il Castello) (autorizzata)

U.O. Territoriale di Neuropsichiatria infantile con:

1. n.2 sezioni (area di Avezzano e area di Sulmona - Castel di Sangro)
2. n. 3 sezioni (Avezzano - Sulmona - Castel di Sangro)

E' programmata l'attivazione del Servizio Psichiatrico del diagnosi e cura di Avezzano

USL DI CHIETI

N.1 Dipartimento di Salute Mentale con sede a Chieti comprendente:

- **N. 2 CENTRI DI SALUTE MENTALE** situati a:
 - Chieti
 - Ortona
 con 5 punti ambulatoriali: Chieti, Ortona, Guardiagrele, Chieti Scalo, Francavilla
- **N. 2 CENTRI DIURNI** a Chieti e Ortona
- **N. 2 DAY - HOSPITAL** a Chieti e Ortona
- **N. 1 SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA** a Guardiagrele
- **N. 1 SERVIZIO TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** strutturato a livello aziendale con annesso Centro audiofoniatrico.
 - E' altresì programmato:

- n. 1 Servizio per la patologia psicosomatica e comportamentale in età adolescenziale-giovanile.

USL DI LANCIANO - VASTO

N. 1 Dipartimento di Salute Mentale con sede a Lanciano comprendente:

SEDE DI LANCIANO

- N. 1 Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
- N. 1 Centro salute mentale
- N. 1 Ambulatorio territoriale c/o poliambulatorio di Villa S. Maria

SEDE DI VASTO

Day - Hospital

- N. 1 Centro di salute mentale
- N. 4 Ambulatori territoriali situati:
 - Carunchio
 - Schiavi d'Abruzzo
 - Gissi
 - CELENZA sul TRIGNO

N. 1 Servizio territoriale di neuropsichiatria infantile c/o P.O. Vasto.

USL DI L'AQUILA

N. 1 Dipartimento di Salute Mentale con sede a L'Aquila comprendente:

- **N. 1 CENTRO DI SALUTE MENTALE** a L'Aquila con 5 punti ambulatoriali situati nei seguenti distretti:

S. Demetrio

Barisciano

Rocca di Mezzo

Monte reale

Ofena

N. 1 SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA a L'Aquila c/o P.O. S. Salvatore

- **U.O. di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** c/o S. Salvatore L'Aquila con posti letto
- **SERVIZIO TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**
- **SERVIZIO DI PSICOLOGIA**

USL DI PESCARA

N. 1 Dipartimento di Salute Mentale con sede a Pescara comprendente:

- **N.3 CENTRI DI SALUTE MENTALE** situati a:
 - Pescara
 - Penne
 - Popoli

con 5 punti ambulatoriali

- due a Pescara
- due a Tocco Casauria

- uno a Penne
- **N. 1 SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA situato a Pescara**
- **N. 1 Servizio NEUROPSICHIATRIA INFANTILE con posti letto di degenza presso il P.O. "Spirito Santo"**
- **N. 3 DAY - HOSPITAL a Pescara, Penne e Tocco da Casauria**
- **SERVIZIO DI PSICOLOGIA**
- **SERVIZIO TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

USL DI TERAMO

N. 1 Dipartimento di Salute Mentale con sede a Teramo e n. 4 sottounità con sede ad Atri, Giulianova, S.Omero e Teramo. Ogni sottounità comprende n. 1 CSM, n. 1 Centro diurno e n. 1 Day-hospital, e n. 1 Servizio psichiatrico di diagnosi e cura nelle sottounità di Teramo, Giulianova ed Atri..

N.4 Servizi di Psicologia. E' data facoltà nell'ambito di ogni CSM di attivare servizi autonomi di psicoterapia.

N. 1 Servizio Territoriale di neuropsichiatria infantile strutturato a valenza aziendale.

Strutture residenziali protette riabilitative con un numero di posti pari ad 1 posto letto per 10 mila abitanti.

Strutture riabilitative residenziali semiprotette in ragione di 1 posto letto ogni 10 mila abitanti.

Ogni riduzione di posti letto, rispetto agli esistenti, deve avvenire contestualmente alla attivazione delle strutture riabilitative.

Per quanto riguarda la tipologia e la consistenza del personale necessario per far fronte alle attività sin qui richiamate si rinvia alla normativa vigente in materia (Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale" '94-'96 P.S.R. '94-'96, DPR 14.1.1997, ecc.)

Allo scopo di uniformare i livelli qualitativi dell'assistenza psichiatrica a livello regionale, con provvedimento della Giunta Regionale da adottarsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, saranno emanati appositi atti di indirizzo.

A garanzia di quanto sopra esposto va riconfermata la istituzione della Consulta regionale per la tutela della salute pubblica mentale, già prevista dalla L.R. 72/94. Tale organismo, che va convocato almeno una volta ogni 4 mesi, è così costituito:

- i responsabili dei DSM;
- n. 2 rappresentanti delle associazioni dei familiari dei pazienti psichiatrici;
- n. 1 rappresentante del Tribunale del Malato;
- n. 2 rappresentanti delle cooperative sociali di tipo B coinvolti ed impegnati nell'inserimento lavorativo dei disagi mentali;
- n. 1 rappresentante dell'Associazione italiana ospedalità privata;
- n. 2 rappresentanti della Facoltà di Psichiatria di Chieti e L'Aquila;
- n. 1 rappresentante della Neuropsichiatria infantile;

- n. 1 rappresentante nominato dai Coordinatori dei Centri Diurni;
- n. 1 rappresentante delle strutture residenziali pubbliche;
- n. 1 rappresentante degli psicologi scelto fra i componenti dei Comitati Tecnici delle Aziende USL;
- n. 1 rappresentante degli infermieri scelto fra i componenti dei Comitati Tecnici delle Aziende USL;
- n. 1 rappresentante degli assistenti sociali scelto fra i componenti dei Comitati Tecnici delle Aziende USL.

La Consulta ha il compito di:

- formulare alla Giunta regionale proposte per la fissazione degli obiettivi generali per tutti i DSM, volti a garantire livelli omogenei di assistenza su tutto il territorio regionale;
- formulare alla Giunta regionale proposte per la determinazione dei criteri di valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- esprimere pareri sui progetti-pilota proposti dalle singole unità operative.

E' confermata la istituzione, presso l'Assessorato alla Sanità, della Commissione di verifica prevista dal PSR per il triennio 1994/1996, con compiti di vigilanza sulla effettiva applicazione delle prescrizioni di cui alla presente legge, presieduta dall'Assessore competente o suo delegato e composta da sanitari esperti designati rispettivamente:

- dalla Giunta regionale;
- dalle Associazioni di familiari iscritte all'Albo Regionale;
- dal Tribunale dei diritti del malato.

**■ - PREVENZIONE CURA E RECUPERO
DELLE TOSSICODIPENDENZE
E INTERVENTI IN MATERIA DI ALCOOLDIPENDENZA
E DI DIPENDENZA DAL TABAGISMO**

Il Sistema dei servizi

Il Sistema dei servizi per le dipendenze da sostanze è costituito:

- dai Ser.T., (servizi pubblici per le tossicodipendenze), ai sensi del DPR 309/90 e del DM 444/90;
- dai servizi di alcologia, di cui al D.M. 3.8.1993;
- dagli Enti ausiliari iscritti all'Albo regionale, di cui alla Legge Regionale n.28 del 21/07/93;
- dalle associazioni di volontariato iscritte al relativo Albo regionale istituito ai sensi della Legge regionale 12/08/93, n.37 attuativa della Legge Quadro sul volontariato n.266/91 e operanti nel settore delle tossicodipendenze;
- dalle cooperative sociali operanti nel settore delle tossicodipendenze, di cui alla legge 381/91.

I servizi pubblici

Tenuto conto che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi, nonché altri soggetti ed Enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varie responsabilità, operano sul territorio, il modello organizzativo "dipartimentale" costituisce la modalità più adeguata per affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze.

Il Dipartimento per le Dipendenze è costituito dal Direttore Generale sulla base delle indicazioni del presente Piano.

Al Dipartimento per le dipendenze afferiscono tutti servizi e le UU.OO. che operano nel settore delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo. In particolare al Dipartimento delle dipendenze compete:

- il coordinamento e la razionalizzazione del budget fra le diverse strutture che afferiscono il Dipartimento;
- la formulazione di standard di gestione delle UU.OO.;
- il coordinamento tecnico - organizzativo e funzionale del Sistema dei servizi;
- il coordinamento delle attività di formazione degli operatori;
- il coordinamento dei progetti di prevenzione a carattere aziendale;
- la promozione ed il coordinamento delle attività degli interventi e la valutazione dei risultati.

Il coordinamento dello stesso Dipartimento è affidato ad un dirigente medico, il quale continua a ricoprire il ruolo e a svolgere le funzioni di responsabile del

Servizio di appartenenza. Il Dipartimento delle dipendenze si avvale del necessario supporto amministrativo.

Servizio per le tossicodipendenze (Ser.T.)

Il Ser.T. ,strumento operativo del servizio pubblico, è stato istituito con il DPR 309/90, mentre funzioni, compiti, tipologie ed assetti organizzativi sono stati precisati dal DM 444/90.

Gli undici Ser.T. attualmente istituiti e funzionanti nella Regione Abruzzo conservano i relativi ambiti territoriali di competenza.

Per la necessaria ricomposizione culturale e metodologica degli interventi, i Ser.T. si avvalgono delle competenze provenienti dalla medicina, dalla psicologia e psicoterapia, dalla farmaco - tossicologia e degli interventi socio educativi ed assistenziali. In questa accezione il Ser.T. è inteso e visto come una "catena terapeutica".

Per svolgere adeguatamente le funzioni e gli interventi di competenza i Ser.T. devono essere dotati di strutture, attrezzature, locali idonei e sufficienti, anche in considerazione delle necessarie esigenze di riservatezza e sicurezza.

A tal fine la Regione predisporrà, entro 1 anno dall'approvazione del Piano Sanitario, un'indagine conoscitiva in riferimento ai locali, alle attrezzature, alle strutture, al rispetto della riservatezza, nonché alla verifica degli standards assistenziali previsti dalla L. 309/90 e del D.M. 444/90 ed adotterà i necessari provvedimenti. Inoltre la Regione si farà carico di predisporre uno strumento di valutazione degli interventi erogati dal sistema dei servizi che concorrono alla cura ed alla riabilitazione delle dipendenze patologiche.

Servizio di Alcolologia

Il DM 3/8/1993 "Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale ed il rilevamento epidemiologico in materia di alcool dipendenza" emanato dal Ministero della sanità affida alle regioni la competenza di individuare i servizi e/o i presidi idonei ad affrontare i problemi dell'alcool dipendenza. La delibera di Giunta Regionale n.1828 del 27.4.1994 indica le figure professionali previste per i servizi per le alcool dipendenze. I servizi sono costituiti dalle figure professionali indicate nel DM del 3.8.1993 integrate dalle figure professionali necessarie per attivare adeguate strategie d'intervento, in riferimento agli aspetti peculiari del fenomeno esistente nelle singole realtà territoriali.

La Regione attuerà un'indagine conoscitiva atta alla verifica dell'applicazione del D.M. 3.8.93 e predisporrà gli interventi di propria competenza entro sei mesi dalle risultanze di tale indagine.

Il privato sociale

La Regione, al fine di censire, razionalizzare e mettere ordine a tali diverse attività professionali e non professionali, istituisce, con apposito atto, il "Registro delle attività e delle unità di offerta" realizzate dagli Enti ausiliari (come ad esempio le attività nell'area della prevenzione, della riabilitazione, del reinserimento e della integrazione sociale) o da Enti, organismi, cooperative sociali, strutture che svolgono interventi senza fini di lucro nell'area della dipendenza (art. 114, DPR 309/90).

L'iscrizione permetterà di instaurare collaborazioni e avere rapporti con gli Enti pubblici attraverso accordi diretti.

Gli Enti ausiliari che volontariamente vi aderiscono, partecipano al sistema attraverso una apposita convenzione con l'Azienda Unità sanitaria locale territorialmente competente.

Comitato tecnico consultivo regionale (CTCR)

La Regione, per l'esercizio delle sue competenze di programmazione, indirizzo e controllo in materia di dipendenza da sostanze d'abuso, si avvale del contributo di un Comitato tecnico consultivo regionale (CTCR), appositamente costituito, composto da operatori rappresentanti dei servizi pubblici, da rappresentanti degli Enti ausiliari e del volontariato e da esperti nella materia, nominato con Decreto del Presidente della Giunta regionale su proposta dell'Assessore alla Sanità.

Compiti del CTCR sono:

- favorire il coordinamento tecnico in ambito regionale e territoriale tra i partecipanti al sistema dei servizi e tra questi e i soggetti che a vario titolo operano nel settore delle dipendenze;
- individuare problematiche prioritarie sulle quali formulare proposte ed orientamenti di carattere tecnico e metodologico;
- collaborare alla formulazione delle proposte inerenti la programmazione regionale, avuto riguardo in particolare agli obiettivi da raggiungere;
- contribuire alla verifica dello stato di attuazione della specifica programmazione regionale e del raggiungimento degli obiettivi;
- collaborare alla verifica ed alla valutazione degli interventi e dei risultati.

INTERVENTI SUL TABAGISMO

Il Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000, pone al primo posto tra gli obiettivi da raggiungere, quello legato ai modelli comportamentali ed agli stili di vita positivi.

Per tale obiettivo è fondamentale il controllo e la riduzione dei fattori di rischio, come quelli legati al fumo.

La Regione Abruzzo, in aderenza al PSN 1998/2000, si propone di prevenire e di combattere i rischi legati dalla dipendenza da tabagismo, così come per le altre dipendenze.

A tale proposito la Regione Abruzzo intende dare piena attuazione alla L.R. n.19/1998 (Interventi in materia di dipendenza dal tabagismo), per ciò che concerne la fase operativa, attraverso il finanziamento degli interventi di prevenzione, cura e disassuefazione al fumo, così come previsti dalla suddetta legge regionale.

Nel triennio di vigenza del presente PSR, la Regione Abruzzo porrà alla lotta al tabagismo lo stesso impegno profuso per le altre dipendenze.

■ - LA MEDICINA LEGALE

In base alla normativa esistente la Medicina Legale e delle Assicurazioni Sociali si pone, come disciplina costitutiva di un corpo tecnico di accertamento, controllo, certificazione, valutazione, che deve, necessariamente, soddisfare ineludibili prerequisiti, anche strutturali, di imparzialità e di garanzia, qualunque sia il destinatario o il richiedente la prestazione.

L'attivazione di funzioni di Medicina legale e delle Assicurazioni nell'ambito del Distretto Sanitario di Base si pone, quindi, in funzione dei seguenti obiettivi:

a) adeguatezza professionale tecnico - specialistica delle prestazioni "medico-legali" erogate, con armonizzazione metodologica dell'accertamento, della certificazione e della valutazione medico-legale;

b) tempestività nell'erogazione delle prestazioni stesse;

c) razionalizzazione dei flussi organizzativi ed economici connessi alla funzione ed alle prestazioni "medico-legali" con conseguente riduzione dei livelli di spesa;

d) soddisfacimento dei diritti dei cittadini ai sensi delle previsioni costituzionali di cui agli articoli 13, 32 e 38.

In ciascuna Unità Sanitaria Locale deve essere prevista un'apposita struttura organizzativa inerente l'attività di Medicina Legale.

La struttura medico-legale si avvale del personale, sanitario e non, e delle attrezzature necessarie per l'erogazione delle prestazioni. Tale struttura dovrà avere uno sviluppo trasversale e ad una modalità di lavoro di tipo dipartimentale, sia per quanto riguarda il Servizio (centrale) di Medicina Legale che quello a livello territoriale.

Il coordinamento delle attività di Medicina Legale nell'ambito dei Distretti sarà affidato al responsabile dell'apposita struttura organizzativa di medicina legale.

La struttura medico legale si avvale della collaborazione di competenze specialistiche sia in ambito territoriale che ospedaliero.

Sono attribuite alla suddetta struttura le seguenti competenze :

1. accertamenti medico-legali per la determinazione dell'incapacità temporanea al lavoro (DPR 10.1.1957, n. 3 - DPR 3.5.1957, n. 686 ; art.5, lettera a) della Legge 20.5.1970, n. 300; Legge 11.11.1983, n. 638; D.M. 25.2.1984 e segg.);

2. accertamenti per assenza della lavoratrice madre per malattia del bambino di età inferiore ai tre anni (ex art. 7, Legge 20.12.1971, n. 1204);

3. controllo delle attività di fornitura di presidi protesici, di cui al D.M. 29.12.1992;

4. visite necroscopiche ex art. 4, comma quinto, DPR 10.9.1990, n. 285;

5. visite medico-legali in merito al rilascio dell'autorizzazione alle cure termali e climatiche degli assistiti ex-ONIG (invalidi di guerra) e di servizio;
6. accertamenti per l'esenzione dall'uso di cinture di sicurezza per le autovetture (art. 89 D.L.vo 10.9.1993, n. 360);
7. visite medico-legali finalizzate all'accertamento del possesso dei requisiti psicofisici per il rilascio dell'idoneità alla guida di veicoli e per il conseguimento dell'abilitazione al comando ed alla condotta di imbarcazioni e navi da diporto ed alla condotta dei motori (art. 119 D.L.vo 30.4.1992 e successive modificazioni e DPR 16.12.1992, n. 495; DPR 12.6.1973);
8. accertamenti in merito all'idoneità psicofisica all'attività di volo da diporto o sportivo (Legge 25.3.1985, n. 106; DPR 5.8.1988, n. 404);
9. accertamento dei requisiti psico-fisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia, tiro a volo ed al porto d'armi per difesa personale (D.M. 14.9.1994);
10. certificato ai fini della fruizione dell'anticipo sulla liquidazione di fine rapporto di lavoro per terapie ed interventi straordinari (art.1, comma 6, Legge 29.5.1982, n. 297);
11. accertamento dell'impedimento fisico all'espressione del voto (DPR 16.5.1960, n. 570, art. 41) e per esercitare il voto da parte degli elettori non deambulanti in sedi con barriere architettoniche;
12. accertamenti per la cessione del quinto dello stipendio per prestiti (art. 3 Legge n. 1224/56, Circolare del Ministero del Tesoro n. 528 del 18.12.1956);
13. visite preliminari introduttive per esenzione dal servizio di leva (DPR n. 1008 del 2.9.1985; DM 29.11.1995) e certificazioni medico-legali ad uso militare;
14. accertamenti per concessione contrassegni di libera circolazione e parcheggio per disabili (art. 381, 2° comma DPR 16.12.1992, n. 495);
15. accertamento dell'idoneità alle funzioni di Giudice di Pace (Legge 21.11.1991, n. 374);
16. certificazioni attestanti le condizioni psico-fisiche di categorie protette per l'iscrizione alle liste di collocamento (Legge 3.4.1968, n. 482, art. 19);
17. certificato di idoneità psico-fisica per l'adozione dei minori (Legge 4.5.1983, n. 184, art. 82);
18. certificazioni per idoneità all'attività di volontariato per la protezione civile (art. 1, comma 3, D.M. 1.2.1991, Legge 23.12.1994, n. 724);
19. i pareri medico-legali in merito al contenzioso extra-giudiziario sulla contestazione da parte del lavoratore avverso il giudizio espresso da medico di controllo (D.M. 8.1.1985 e D.M. 15.7.1986);
20. visite collegiali ai fini dell'accertamento della dispensa dal servizio e/o per cambio di mansioni per inidoneità fisica;
21. accertamenti medico-legali per il riconoscimento del diritto alla pensione di reversibilità su richiesta del Ministero del Tesoro;
22. accertamenti medico-collegiali per il rilascio di pareri in ordine a contenziosi in materia pensionistica privilegiata su richiesta della Corte dei Conti (art. 2, comma 2, Legge 658/1984; art. 1, comma 3, Legge 14.1.1994, n. 19);

23. accertamenti medico-collegiali per il riconoscimento dell'invalidità civile, cecità civile, sordomutismo e stato di handicap (Legge 104/1992);
24. commissione medica locale per le patenti speciali;
25. accertamenti medico-collegiali per la verifica della permanenza dello stato invalidante, richiesti dall'Ufficio Provinciale del Lavoro e della massima occupazione al momento dell'avviamento al lavoro dei soggetti invalidi (art. 9, Legge 11.1.1983, n. 638);
26. accertamenti medico-collegiali nei confronti dei soggetti invalidi ai sensi dell'art. 20 della Legge 482/1968;
27. pareri medico-legali inerenti la valutazione dello stato di malattia da causa di servizio;
28. accertamento delle condizioni ex-art. 79, commi 4 e 5 DPR 10.9.1990, n. 285 (cremazione);
29. accertamenti medico-collegiali per il ricorso contro l'accertamento di prima istanza dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia, tiro a volo ed al porto d'armi per difesa personale (art. 4 D.M. 14.9.1994);
30. consulenze medico-legali su richiesta delle strutture sanitarie territoriali e di quelle ospedaliere;
31. valutazione e verifica medico-legale di procedure e protocolli assistenziali, e partecipazione ai Comitati Etici;
32. pareri medico-legali in ordine all'attività trasfusionale e partecipazione ai Comitati per il "buon uso del sangue";
33. rapporti con l'Autorità Giudiziaria e con la Polizia Giudiziaria per le problematiche medico-legali;
34. attività di formazione e di aggiornamento del personale sanitario su problematiche medico-legali (nuove disposizioni legislative, indirizzi deontologici, ecc.);
35. attività di medicina necroscopica dell'ambito dell'ospedale e partecipazioni alle Commissioni per l'accertamento di morte anche a scopo di prelievo di organi;
36. accertamenti ex-art. 7, comma quarto, DPR n. 285/1990 (sepoltura di prodotti abortivi);
37. accertamenti istruttori per la fruibilità di prestazioni presso Centri di altissima specializzazione all'estero (D.M. 24.1.1990);
38. pareri medico-legali ed istruttoria delle richieste di indennizzo per i soggetti che hanno subito danni a seguito di emotrasfusioni e di vaccinazioni (Legge 210/1992);
39. attività di consulenza per l'Azienda, anche in ordine ai contenziosi tra essa ed altri soggetti;
40. attività di riscontro diagnostico ex DPR 10.9.1990, n. 285 e di consulenza per problematiche connesse ad attività di medicina necroscopica e di tanatoprassi;
41. pareri in tema di sperimentazione dei farmaci (fasi III e IV);
42. attività di consulenza, coordinamento ed accertamento in ambito tossicologico forense (diagnosi e controllo dell'assunzione di sostanze stupefacenti,

idoneità alla guida e assunzione di stupefacenti ed alcool), accertamenti tossicologici su traumatizzati della strada, coordinamento e partecipazione a programmi di controllo sulla idoneità alla guida per rilevanti problematiche sociali (es.: "stragi del sabato sera"), ecc.;

43. attività di consulenza e di accertamento in ambito ematologico forense e di identificazione personale;

44. ogni altra prestazione, anche collegiale, che richieda attività di valutazione e di accertamento medico-legale, anche a seguito di nuove disposizioni normative.

■ - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'A.D.I. è un servizio di assistenza costituito da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali rese in forma integrata al domicilio dell'utenza secondo i piani individuali programmati.

L'obiettivo prioritario è la permanenza dell'anziano, del disabile, del malato portatore di particolari patologie nel loro normale ambiente di vita.

L'A.D.I. è un servizio a termine che promuove la prevenzione al ricovero e si fa carico della fase di transizione dal ricovero in ospedale durante la fase acuta al ripristino delle usuali condizioni di vita dell'utente interessato nel proprio contesto familiare e sociale.

Il servizio A.D.I. deve prevedere a monte un protocollo di intesa con i Comuni facenti parte del territorio di competenza distrettuale, per la parte di intervento afferente il campo socio-assistenziale, definendone i criteri di base per l'integrazione tra aspetto sociale e quello sanitario.

Oltre a perseguire obiettivi assistenziali si propone anche, dunque, un'azione di educazione sanitaria verso l'utenza, sia essa la stessa persona malata o il nucleo familiare, alla quale intende fornire elementi volti a determinare strategie nuove di gestione della propria salute.

L'ADI, così come disciplinata con deliberazione di Giunta regionale n.310 del 12.2.1997 (allegato "B" al presente Piano), che per i casi semplici è gestita direttamente dal medico di medicina generale attraverso il distretto di appartenenza e con la disponibilità rapida degli operatori interessati, per i casi complessi, rappresentati da pazienti con elevati indici di comorbilità, necessità assistenziali superiori a 30 giorni, necessità di intervento di più operatori su obiettivi diversi, pazienti provenienti da lungodegenza o RSA, deve essere attivata sulla base del programma di trattamento stabilito, per i pazienti di età inferiore ai 65 anni, dalla **unità di valutazione multidimensionale** (U.D.M.), mentre per gli ultrasessantacinquenni, dalla **unità di valutazione geriatrica** (U.V.G.).

Le suddette Unità di Valutazione, per i pazienti di competenza, oltre a predisporre il piano di assistenza, effettueranno i controlli periodici.

Il servizio ADI costituisce un obiettivo primario del presente Piano Sanitario, nel cui arco di vigenza deve trovare realizzazione a livello di ciascun distretto.

Nell'organizzazione di tale Servizio, le AUSL possono fare ricorso ad associazioni del volontariato e del privato sociale ed alla cooperazione sociale.

■ - IL SERVIZIO INFERMIERISTICO

L'area infermieristica costituisce un elemento importante della complessa realtà del Sistema Sanitario.

Essa è in grado di incidere fortemente sia per le sue dimensioni che per la qualità e quantità dei processi che ad essa fanno riferimento, sul risultato stesso della produzione dei servizi.

L'assistenza infermieristica infatti costituisce sia un aspetto basilare della qualità delle cure e dei servizi offerti, al punto da condizionare anche il giudizio degli utenti, sia uno dei determinanti della spesa sanitaria e perciò non meno importante è il suo contributo alla definizione di un adeguato rapporto costi/benefici nella produzione di servizi.

Nel Servizio infermieristico vanno ricondotti gli assistenti sanitari, il cui ruolo è quello di operare sul territorio nell'ambito della medicina sociale, dell'igiene e della sanità pubblica e ambientale, della ricerca epidemiologica, dell'assistenza sanitaria, della prevenzione e dell'educazione alla salute individuale, familiare, di gruppo, collettività ed istituzionale

Queste caratteristiche comportano la necessità di riconoscere all'area infermieristica:

- la possibilità di collaborare alla definizione dei criteri a cui riferirsi nelle scelte relative all'organizzazione dell'assistenza infermieristica ed alberghiera;
- la proposizione di sistemi di indicatori e di standards rispetto ai quali sviluppare procedure di verifica qualitativa dell'assistenza non clinica.

Le funzioni del servizio infermieristico

L'istituzione del Servizio Infermieristico si propone l'obiettivo di realizzare una concreta integrazione tra la domanda di assistenza e l'offerta di servizi da parte delle diverse équipe infermieristiche.

Al fine di aumentare la capacità produttiva in termini di servizi e di salute del sistema, Il Servizio infermieristico realizza una coerente connessione con gli altri sottosistemi (medico - amministrativo e tecnico), sia a livello ospedaliero che territoriale, in modo da garantire un complessivo miglioramento organizzativo ed un più razionale utilizzo delle risorse.

I Servizi Infermieristici pertanto provvedono a definire:

- i bisogni di assistenza infermieristica e le risorse disponibili e necessarie per una loro adeguata soddisfazione;
- la programmazione e l'organizzazione degli interventi infermieristici;
- gli interventi necessari per garantire il coordinamento delle diverse équipe e dei diversi interventi;

- le iniziative tese a promuovere la qualità dell'assistenza infermieristica.

La struttura

Ogni Azienda USL istituisce il Servizio Infermieristico, cui compete l'onere di gestire e coordinare l'ottimale utilizzazione del personale infermieristico OTA ed ausiliario sia nell'ambito delle strutture di degenza ed ambulatoriali ospedaliere che a livello territoriale distrettuale e domiciliare.

La direzione del Servizio Infermieristico è affidata ad un operatore professionale dirigente del ruolo sanitario munito di diploma di Dirigente-Docente di Scienze Infermieristiche, ovvero di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica; nel caso non esista la suddetta figura, può essere affidata ad un operatore professionale dirigente del ruolo sanitario con una anzianità di servizio nella qualifica di almeno 5 anni.

Sarà cura del Direttore Generale di ogni AUSL individuare le figure cui affidare la responsabilità dei diversi livelli di strutturazione del servizio, P.O. e Distretti.

■ - IL SERVIZIO SOCIALE

Per una corretta integrazione delle attività degli Assistenti Sociali nell'ambito dei Servizi Sanitari, è istituita, presso ogni A.S.L., l'Unità Operativa di Servizio Sociale. Nel cogliere, infatti, quanto contenuto nel Piano Sociale della Regione Abruzzo, in ordine all'appartenenza della componente Sociale alla competenza delle AA.SS.LL., si ritiene dover riconoscere e valorizzare l'attività svolta dagli Assistenti Sociali, configurando per essi criteri di partecipazione attiva al Sistema organizzativo del Servizio Sanitario Regionale. A tal fine è prevista la presenza di rappresentanze nei seguenti organismi:

- Comitati dei Dipartimenti di salute mentale e Consulta per la tutela della salute mentale;
- Comitati tecnici consultivi regionali in materia di sostanze d'abuso.

Inoltre, indispensabile appare la partecipazione degli Assistenti Sociali ai processi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle diverse aree d'intervento, nei Day Hospital, nei Centri Diurni psichiatrici, nelle Strutture Riabilitative Residenziali Protette, nelle R.S.A. e nei Centri di Salute Mentale. A tal fine le Unità Operative di Servizio Sociale, nella propria autonomia organizzativa e gestionale, assegnano, per ogni singola A.S.L., gli operatori ai Servizi o Dipartimenti sanitari così come qui di seguito indicato:

- Assistenza socio-sanitaria nei Distretti;
- Assistenza psichiatrica;
- Handicap;
- SERT;
- URP;
- Direzione Sanitaria;
- Centri oncologici e diabetologici;
- Riabilitazione;
- Anziani;
- Materno-infantile, Famiglia e Tutela sociale.

Laddove e per quei Servizi o Dipartimenti in cui sono assegnati più operatori, è individuato tra gli Assistenti Sociali un Coordinatore quale responsabile.

Parte Quarta
I SOGGETTI E GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE

■ - GLI ENTI LOCALI

Ferma restando la piena competenza regionale in ordine alla programmazione, all'indirizzo ed al controllo dell'attività sanitaria e della competenza gestionale a livello di Aziende Sanitarie Locali, sarà costituito con decreto del Presidente della Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore alla Sanità apposito comitato composto dai Presidenti delle Conferenze dei Sindaci, che concorre alla programmazione regionale.

Detto organismo si riunirà con periodicità quadrimestrale per l'esame in itinere della programmazione, con la possibilità di indicare eventuali correttivi al fine del raggiungimento degli obiettivi fissati.

Allo scopo di realizzare interventi di prevenzione primaria, gli Enti Locali collaborano all'attuazione, nel territorio di loro competenza, del controllo dei fattori di nocività ambientale e all'attivazione di programmi di prevenzione primaria anche in collegamento con l'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente.

Per quanto concerne i rapporti si fa rinvio a quanto stabilito nella Legge Regionale 3 marzo 1999 n. 11.

■ - LE UNIVERSITÀ E LE FACOLTÀ DI MEDICINA

Le Università abruzzesi e le Facoltà di Medicina e Chirurgia rappresentano da anni una componente rilevante del servizio sanitario regionale.

Ai compiti istituzionali della ricerca e della didattica, le Facoltà di Medicina hanno associato e sviluppato attività assistenziali che, se per un verso sono connesse all'attività didattica e di ricerca, dall'altro hanno assolto compiti fondamentali per assicurare ai cittadini abruzzesi servizi e prestazioni di elevato livello.

Al di là dei compiti istituzionali specifici e degli autonomi programmi di sviluppo degli Atenei Abruzzesi, in linea con le finalità e gli obiettivi del presente Piano, le Università e le Facoltà di Medicina sono chiamate a collaborare al processo di qualificazione delle strutture e degli interventi sanitari, in un quadro normativo generale che deve contemperare gli aspetti del rispetto dei livelli di assistenza e delle compatibilità economiche generali.

Viene richiamata l'attenzione sul grave problema rappresentato dalla pleora medica e dai correlati aspetti di disoccupazione e sottoccupazione dalle conseguenze non sempre positive sulla espansione dell'offerta e sugli aspetti di qualità e di dilatazione della spesa, per rappresentare l'esigenza di pervenire da parte delle Università ad una programmazione dei laureati in medicina coerente con il fabbisogno di medici e la possibilità di destinare contestualmente le disponibili risorse universitarie di formazione per accrescere le competenze professionali e culturali dei medici e del restante personale del S.S.R..

Le esigenze di corretta allocazione delle risorse e gli obiettivi di riduzione della spesa ospedaliera impongono di non esasperare la frammentazione delle Unità Operative specialistiche ospedaliere ed universitarie e di utilizzare il modello organizzativo dipartimentale per sviluppare, pur in un contesto funzionale unitario, gli opportuni sviluppi diagnostico-terapeutici specifici.

L'inserimento del personale Universitario nelle Unità Operative e nei Servizi avviene secondo la corrispondenza delle posizioni funzionali dei dipendenti delle Aziende Sanitarie Locali oggetto delle intese con le Università e con la gradualità necessaria per far fronte alle reali esigenze di sviluppo dell'assistenza dei Presidi Ospedalieri e delle Facoltà di Medicina, garantendo tutte le possibilità di sviluppo e di carriera al personale dell'Azienda.

Le convenzioni dovranno prevedere espressamente i compiti, le funzioni e le responsabilità affidate al personale universitario nell'assolvimento dei compiti assistenziali, nonché la partecipazione all'attività didattica dei medici dipendenti dall'Azienda.

L'attività dei medici universitari convenzionati sarà soggetta a verifica così come e negli stessi modi riferiti alle verifiche del personale medico ospedaliero.

Le fonti di finanziamento dell'attività assistenziale trovano copertura dall'applicazione del sistema SDO-ROD, mentre possono essere previsti contratti definiti tra Regione e Aziende Sanitarie Locali da un lato e Università dell'altro per la fornitura di programmi definiti e specifici.

■ - GLI ENTI E GLI ISTITUTI DI RICERCA

La complessità dei problemi presenti nel settore sanitario e delle esigenze avvertite per completare il processo di Aziendalizzazione ed insieme accrescere l'efficienza e l'efficacia dei Servizi richiedono il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti, pubblici e privati, presenti in Regione che svolgono istituzionalmente attività di ricerca e di formazione.

Appare, del resto coerente, con l'impostazione aziendale delle Unità Sanitarie Locali utilizzare per le proprie finalità ogni risorsa presente in Regione ed esterna al S.S.R., in un quadro di garanzia dei risultati e della compatibilità finanziaria.

Il contributo di questi soggetti è finalizzato soprattutto a sviluppare interventi per:

- accrescere la quantità e la qualità delle conoscenze sullo stato di salute della popolazione abruzzese, sullo stato dei servizi, sui "percorsi" compiuti dai cittadini/utenti per usufruire dei servizi, sui determinanti delle situazioni esposte;
- mettere a punto e sviluppare programmi di formazione specifici per le diverse categorie di operatori del SSR;
- indicare metodi e programmi per specifiche indagini di carattere organizzativo, economico, epidemiologico, clinico, di ricerca applicata.

Per sviluppare le collaborazioni previste la Regione e le Aziende Sanitarie Locali dovranno prevedere nei propri Piani:

- i settori per i quali si prefigura il ricorso alla collaborazione di soggetti esterni;
- il tipo di intervento che si intende affidare;
- i risultati che si intendono conseguire;
- i tempi di realizzazione dell'intervento, del progetto;
- i costi finanziari ed ogni altro impegno posto a carico della Regione o dell'Azienda Sanitaria Locale.

Per accedere a queste collaborazioni, gli Enti e gli Istituti di Ricerca e di formazione, dovranno produrre ogni documentazione riguardante il progetto e la illustrazione del curriculum e delle competenze professionali e operative possedute.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e Molise "G.Caporale"

La Regione considera necessario un confronto con il Ministero della Sanità sul ruolo, la funzione, il finanziamento e la realizzazione della nuova sede dell'I.Z.S.

In particolare, per il finanziamento dell'I.Z.S. e la realizzazione della nuova sede si sottolinea l'attività da esso svolta a livello nazionale.

- ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ODONTOIATRI -

Gli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, nell'ambito dei propri compiti istituzionali non derogabili, devono garantire: la qualità della professione, il potere disciplinare ed il mantenimento nel tempo della specifica professionalità, delle competenze e delle abilità del medico e dell'odontoiatra.

Agli Ordini Provinciali ed alla Federazione Regionale degli Ordini, per quanto di rispettiva competenza ed in collaborazione con gli altri soggetti identificati dalla Regione, va riservato un ruolo nell'organizzazione, controllo e coordinamento del processo di formazione, nonché nella verifica periodica delle specifiche competenze del medico e dell'odontoiatra, anche attraverso la vigilanza sui requisiti richiesti per l'accreditamento delle strutture e dei singoli soggetti quali erogatori di prestazioni per conto del SSN, quanto agli standards strutturali e qualitativi necessari, la tipologia del volume delle prestazioni, tariffe, modalità di pagamento, VRQ, sanzioni, ecc.

In particolare va prevista la rappresentanza ordinistica nei gruppi di lavoro che verranno istituiti a livello regionale in merito ad azioni che riguardano le attività degli iscritti e l'educazione alla salute.

**- I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
ED I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Se nel passato la Medicina Generale (M.G.) veniva considerata solo come risorsa clinica e assistenziale, importante per il S.S.N., oggi le si può riconoscere di svolgere un decisivo ruolo di regolazione e di integrazione tra clinica e gestione.

La M.G. è destinata ad assumere sempre più un ruolo determinante nell'allocazione e nella distribuzione delle risorse del S.S.N.. Infatti:

- è al centro del meccanismo domanda-offerta in cui la regolazione dell'offerta condiziona i flussi di domanda, e quelli finanziari connessi, verso l'area delle cure secondarie;

- ha potenziali capacità di offrire cure e prestazioni alternative ad un utilizzo improprio dell'Ospedale in una piena valorizzazione dell'organizzazione distrettuale;

- può offrire cure domiciliari ad anziani, disabili, soggetti affetti da patologie croniche e terminali e a tutte le altre tipologie di pazienti che trovano nel territorio e nella famiglia il luogo privilegiato di assistenza. In questo caso deve essere rafforzata l'integrazione tra prestazioni sanitarie e socio - assistenziali;

- è in grado di attuare su vasti settori della popolazione interventi di prevenzione e di educazione alla salute, con positiva ricaduta sul miglioramento delle condizioni di salute e di ottimizzazione delle spese.

Alla luce delle condizioni sopra esposte si delinea il ruolo del MG come medico di famiglia.

Questi, nella premessa della nuova Convenzione nazionale (in applicazione dei DD.LL.vv 502/1992 e 517/1993), è parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva ed opera a livello distrettuale per l'erogazione delle prestazioni demandategli dal Piano Sanitario Nazionale, come i livelli di assistenza da assicurare in modo uniforme a tutti i cittadini, nell'ambito degli obiettivi e secondo le modalità dettati dalla programmazione regionale, dalla convenzione e dagli accordi regionali.

La sua valorizzazione ed il suo responsabile impegno costituiscono strumenti fondamentali da utilizzare per la realizzazione di obiettivi tesi a coniugare qualità e compatibilità economica, efficienza con equità e solidarietà.

Gli strumenti atti a promuovere il ruolo del MG nell'erogazione delle "cure primarie" riguardano principalmente i seguenti aspetti:

1) **interventi sanitari in forma aggiuntiva** rispetto a quelli previsti dalla Convenzione Nazionale e rivolti:

- agli anziani;
- ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali;
- agli affetti di patologie ad alto impatto sociale (diabete, ipertensione, asma, broncopneumopatie, ecc.)

2) **interventi sanitari ottimizzanti l'assistenza sanitaria del territorio:**

- iniziative di educazione sanitaria, attività di prevenzione individuale primaria e secondaria a gruppi di popolazione, in funzione dei programmi specifici adottati;

- partecipazione a procedure di verifica della qualità delle prestazioni e di controllo della spesa;

- attività di sorveglianza e di ricerca epidemiologica della popolazione e delle situazioni a rischio,

- attivazione di un sistema tele-informatico integrato tra medici MG, presidi della AUSL, centri unificati di prenotazione ed eventuali "banche-dati";

- fornitura di dati sanitari a fini epidemiologici;

3) **per garantire il rispetto dei livelli di spesa programmati è necessario:**

- attribuire un budget globale figurativo e verifica periodica dei livelli di spesa indotti;

- attivare forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero improprio: assistenza domiciliare (ADI), assistenza sanitaria nelle RSA;

- incentivare i medici di MG che rispettano i tetti di spesa programmati;

- aggiornare permanentemente per aumentare la qualità del servizio rispetto agli obiettivi di PSR e di spesa (protocollo diagnostico-terapeutico).

Attraverso questo ultimo gruppo di attività, il medico di medicina generale esercita un'azione di stimolo sull'attività dei servizi dell'Azienda USL di appartenenza che risultano incentivati a migliorare il proprio standard di qualità per soddisfare i bisogni dei propri utenti.

A tal proposito appare opportuno effettuare una sperimentazione, mediante la formulazione di progetti obiettivi redatti in conformità alle linee - guida diagnostiche - terapeutiche concordate a livello regionale, tendente a disincentivare il ricovero ospedaliero.

Il budget in medicina generale

Per budget si intende il processo formale attraverso il quale, periodicamente, sono definiti in modo esplicito gli obiettivi e le risorse (strutturali e finanziarie) destinate al loro raggiungimento.

Si tratta in pratica di un preventivo concordato per il raggiungimento di obiettivi.

Sulla base della normativa esistente in ossequio ad accordi regionali stipulati tra il Settore Sanità e le OO.SS. di categorie, sono applicabili, diversi modelli organizzativi :

- il budget del singolo medico di famiglia (è individuato un budget personale per ciascun professionista, che provvede da solo alla relativa gestione);

- budget di gruppi di medici di famiglia fra loro associati. In questo caso la gestione del budget è delegata espressamente ad uno di loro oppure l'associazione si avvale della collaborazione di un amministratore di fiducia;

- budget di distretto co-gestito. In questo caso il budget è riferito a tutta o parte dell'attività di un distretto; la contrattazione è fatta con il direttore generale e la gestione è garantita da un "organismo" formato da medici ed amministrativi del distretto e da rappresentanti dei medici di famiglia.

La definizione del modello organizzativo avviene attraverso una fase di contrattazione di entrambe le componenti (obiettivi e risorse) fra l'erogatore (A.U.S.L.) ed il gestore (medici di M.G.), avendo presente il risparmio di spesa ma anche considerando il mantenimento della qualità assistenziale.

Associazioni tra medici di medicina generale

L'esigenza di assicurare la continuità delle cure primarie combinata con la necessità di ridistribuire carichi economici ed organizzativi, pone l'urgenza di sviluppare "forme associative tra medici di medicina generale" finalizzate alla razionale utilizzazione delle risorse ed una più adeguata organizzazione della medicina di base, ad un prolungamento dell'orario di apertura degli ambulatori, in collaborazione con le altre figure mediche che già operano nel territorio o che potranno operarvi.

Tali associazioni, che non devono alterare le condizioni di autonomia professionale che da sempre distinguono il medico di MG, rispondono anche alla Convenzione Nazionale che indica la possibilità di promuovere forme di collaborazione professionale tra medici MG.

I Direttori generali possono definire con i medici interessati e con le associazioni rappresentative della categoria, sentito il rappresentante dell'Ordine dei Medici provinciale a tutela degli aspetti deontologici, le modalità di attuazione di tali Associazioni tra medici, anche nella previsione di sperimentare nuovi modelli assistenziali e nuovi modelli gestionali.

MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, intesa quale fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, il S.S.N. demanda al medico convenzionato, per la pediatria di famiglia, i compiti di prevenzione individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come insieme unitario qualificanti l'atto professionale. Infatti :

- ha potenziali capacità di offrire cure e prestazioni alternative ad un utilizzo improprio dell'ospedale in una piena valorizzazione dell'organizzazione distrettuale;
- può offrire assistenza programmata a domicilio, o presso strutture territoriali ivi comprese le collettività al fine di affrontare i problemi sanitari di bambini disabili e di pazienti dimessi dai luoghi di ricovero, coordinandone l'assistenza domiciliare;
- è in grado di attuare educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale, che hanno come obiettivi il controllo della crescita mediante periodici bilanci di salute, la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettono l'attuazione della prevenzione secondaria;
- è l'elemento integrante e imprescindibile del progetto-obiettivo per la promozione e la tutela della salute della donna e dei soggetti in età evolutiva.

Alla luce delle condizioni sopra riportate, si delinea il ruolo della pediatria di libera scelta. Questi, nella premessa della Convenzione Nazionale (DPR 613 / 1996,

in applicazione dei DD.LL.vi 502/1992 e 517/1993) è parte integrante ed essenziale della organizzazione sanitaria complessiva ed opera a livello distrettuale per la erogazione delle prestazioni demandategli dal P.S.N., come livelli di assistenza da assicurare in modo uniforme a tutti i cittadini in età pediatrica, nell'ambito degli obiettivi e secondo le modalità della programmazione regionale dalla Convenzione e dagli Accordi regionali già stipulati in data 22.10.1997.

Per le modalità di utilizzazione del budget in pediatria di base si fa riferimento alle indicazioni già sviluppate per la medicina generale.

■ - IL PRIVATO SOCIALE E LE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO E NO PROFIT

La sanità, come l'assistenza sociale, l'educazione, la formazione professionale, rappresenta un diritto sociale condizionato, cioè esigibile dai singoli e dalle comunità quando vi sono le condizioni necessarie per renderlo operante, chiamando in gioco responsabilità diverse, non solo istituzionali.

Le Associazioni di volontariato, ed il terzo settore, che rappresenta le organizzazioni no profit in generale, le fondazioni, le cooperative sociali ed altre istituzioni sociali, sono diventati un interlocutore realistico ed in prospettiva ad alto potenziale di sviluppo soprattutto per quanto riguarda la fruizione di livelli soddisfacenti di stato sociale e per la crescita di occupazione.

Il Servizio Sanitario Regionale che già utilizza attraverso meccanismi convenzionali, ai diversi livelli assistenziali, associazioni del volontariato e organizzazioni senza fini di lucro, è interessato ad estendere queste forme di collaborazione con la consapevolezza di costituire uno stimolo importante per la crescita di questi soggetti con il duplice obiettivo di migliorare la qualità del servizio sanitario e di favorire lo sviluppo e la crescita manageriale e competitiva delle organizzazioni senza fini di lucro.

Inoltre, per i condizionamenti normativi esistenti sull'assunzione di oneri finanziari per le prestazioni sociali e assistenziali da parte delle Aziende Sanitarie Locali, le organizzazioni del volontariato senza fini di lucro possono più adeguatamente far fronte a prestazioni con un elevato mix socio - assistenziale.

Nello stesso tempo si pongono una serie di problemi sull'utilizzo di questi soggetti sia in ordine ai possibili settori di impiego, che in ordine alla natura e alle caratteristiche degli stessi soggetti.

Tutti i settori di attività del Servizio sanitario Nazionale possono giovare della collaborazione di associazioni del volontariato e di organizzazioni senza fini di lucro; in particolare:

- i servizi di emergenza;
- l'assistenza agli anziani, ai disabili, ai malati cronici;
- l'assistenza domiciliare;
- l'assistenza nelle RSA;
- l'assistenza ed il recupero ai tossicodipendenti;
- l'assistenza ospedaliera di accoglienza e di supporto al personale medico e infermieristico in organico.

I rapporti convenzionali tra le Aziende Sanitarie Locali ed i soggetti in questione devono essere instaurati sulla base di capitoli che prevedano espressamente:

- tipi e volumi di attività:

- caratteristiche delle stesse attività:
- durata;
- figure professionali impegnate nell'attività stessa;
- dotazioni tecnologiche e strumentali.

L'Azienda Sanitaria Locale si impegna a verificare la natura di soggetto non lucrativo e a corrispondere l'importo economico previsto dalla convenzione attuativa dopo aver verificato l'effettuazione delle prestazioni convenute.

Le associazioni del volontariato e le organizzazioni senza fini di lucro devono dimostrare di possedere i requisiti giuridici e professionali per poter operare anche attraverso certificazione della iscrizione all'albo professionale del volontariato o attraverso la presentazione del curriculum delle attività stesse.

In ogni caso, i soggetti in questione devono adottare metodologie per la verifica di qualità delle prestazioni assicurate.

Parte Quinta
INDIRIZZI PROGRAMMATICI E PROGETTI OBIETTIVO

NUOVI INDIRIZZI PROGRAMMATICI

Mentre si confermano gli indirizzi programmatici assunti con il Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, che, peraltro, potranno essere oggetto di successivi aggiornamenti, si indicano di seguito "nuovi" indirizzi programmatici dettati dalle esigenze assistenziali emerse nel corso del 1° P.S.R.

■ - L'ATTIVITÀ ALLERGOLOGICA

La sempre maggiore diffusione delle patologie allergiche e l'esigenza di assicurare prestazioni adeguate all'utenza, in termini di efficienza e di efficacia, evitando dispersione di risorse, anche a carico dell'utente, impongono di prevedere una presenza dei servizi di allergologia e immunologia clinica sul territorio regionale, commisurati ai bacini di utenza da un lato e alle risorse professionali, diagnostiche e terapeutiche di cui disporre, dall'altro.

Tale esigenza trae ulteriore giustificazione dai costi sanitari e sociali in progressivo aumento, dalla incidenza della spesa farmaceutica per pazienti non adeguatamente assistiti, dai costi derivanti dalla ospedalizzazione impropria e, non ultimo, dai costi indotti dall'assenteismo e dalle invalidità prodotte.

Obiettivi

Obiettivi della riorganizzazione di tale settore possono essere così sintetizzati:

a) rispondere adeguatamente alle aspettative dei pazienti affetti da tali patologie:

- assicurando una più qualificata assistenza nell'ambito della propria A.S.L.;

- evitando di dover emigrare in altre A.S.L. della Regione e, talora, in altre Regioni;

- prevenendo le morti per le allergopatie particolarmente gravi (quali asma bronchiale sindrome orticaria-angioedema, shock anafilattico, ecc.);

- riducendo i costi personali, sia diretti che indiretti per tali patologie.

b) ridurre i costi "sanitari e sociali" con interventi mirati a più livelli:

- razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica,

- razionalizzazione e contenimento della spesa per indagini di laboratorio,

- riduzione, con un'attenta azione di filtro, dei ricoveri ospedalieri;
- riduzione dell'assenteismo negli ambienti lavorativi e scolastici;
- riduzione dei costi previdenziali.

Modalità organizzative

Per far fronte a questi obiettivi, occorre prevedere una rete aziendale di servizi sanitari per l'allergologia e l'immunologia clinica collegati in termini funzionali:

- 1) Strutture di norma aggregate a U.O, di Medicina interna o di Pediatria o di Immunoematologia e dermatologia con attività ambulatoriale, diagnostica in vivo ed in vitro e comunque dotate di specialisti in allergologia e immunologia clinica;
- 2) Strutture ambulatoriali allergologiche, con la presenza dello specialista in allergologia e immunologia clinica.

In considerazione della frequenza delle patologie allergiche dell'apparato respiratorio, appare opportuno prevedere il riconoscimento delle attività ambulatoriali allergologiche sviluppate presso le UU.OO. di Malattie dell'Apparato Respiratorio.

Le prestazioni cliniche specifiche verranno eseguite esclusivamente sui pazienti con patologia allergica dell'apparato respiratorio afferenti a tali strutture e per le necessità di ricovero saranno utilizzati i posti-letto previsti per "malattie apparato respiratorio".

■ - LA GASTROENTEROLOGIA

I recenti rilievi sull'incidenza della morbosità e della mortalità per patologie dell'apparato gastro-intestinale, insieme al rilievo dei possibili interventi di medicina preventiva e di diagnosi precoce effettuabili attraverso una adeguata organizzazione dei servizi di questa disciplina (vedi Relazione 1997 sullo Stato Sanitario del Paese) pongono in una nuova luce i relativi interventi di programmazione.

Inoltre, la necessità di garantire prestazioni adeguate all'utenza regionale, evitando, peraltro, il ricorso a strutture sanitarie fuori regione, con un incremento dei costi umani e materiali, evidenzia l'esigenza di programmare a livello di AUSL strutture di 1° e 2° livello in funzione del bacino di utenza e delle competenze professionali e tecnologici disponibili.

Le **strutture di 1° livello**, riferite ad un bacino di circa 100.000 ab., sono integrate in modelli dipartimentali con altre Unità Operative mediche e/o chirurgiche, senza propri posti-letto, hanno il compito di:

- pervenire a diagnosi delle malattie dell'apparato digerente di tipo strumentale (endoscopia ed ecografia),
- prestare consulenze specialistiche di diagnosi e terapia.

Le **strutture di 2° livello** consistono in Unità Operative autonome collegate funzionalmente con Unità Operative e Servizi coerenti sul piano nosografico, dispongono di propri posti-letto e di strutture ambulatoriali di tipo clinico e strumentale (endoscopia, ecografia, fisiopatologia, ecc.).

In particolare per quanto riguarda il P.O. di Pescara è programmata l'attivazione del Dipartimento di malattie dell'apparato digerente, comprendente le unità operative mediche e chirurgiche ed i servizi sopra menzionati.

■ - LE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

L'OMS e l'ISTAT pongono le malattie respiratorie al primo posto come morbilità e ne segnalano il costante incremento legato al crescente inquinamento ambientale, al fumo di sigaretta e all'aumento della vita media.

OBIETTIVI:

Un piano di efficace riorganizzazione dell'area pneumologica ha i seguenti **obiettivi effettivamente conseguibili nel triennio di validità del 2° PSR:**

- 1) migliorare la qualità dell'assistenza per i pazienti pneumopatici;
- 2) garantire uniformità del livello assistenziale sul territorio regionale;
- 3) razionalizzare le risorse disponibili per incrementare il rapporto costo/efficacia;
- 4) realizzare progetti integrati di assistenza fra ospedale e territorio per accelerare il turn-over delle degenze.

Obiettivi di lungo periodo, conseguibili oltre il triennio di validità del 2° PSR sono:

1) organizzare un efficace sistema di prevenzione primaria delle patologie croniche respiratorie di interesse sociale per diminuire la morbilità. A tal fine, nell'ambito dell'attività di prevenzione a livello distrettuale saranno garantite le seguenti funzioni :

- raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici delle malattie polmonari;
- programmi educazionali e preventivi delle patologie polmonari emergenti;
- efficace funzione di filtro per i ricoveri ospedalieri;
- cura ambulatoriale a favore dei pazienti cronici dimessi dall'ospedale ed ancora bisognosi di terapie e tutte le restanti prestazioni ed attività già di competenza degli ex-consorzi provinciali antitubercolari;

2) potenziare definitivamente l'assistenza domiciliare ed i servizi diagnostici ambulatoriali con lo scopo di riservare il ricovero solo per la grave patologia acuta o cronica riacutizzata.

METODOLOGIA:

Per la realizzazione degli obiettivi a breve-medio termine prima elencati la soluzione viene individuata nei seguenti punti:

1. Attivazione di Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR) nell'ambito dei p.l. delle Unità Operative di malattie dell'apparato respiratorio di Chieti e l'Aquila, ognuna con n. 6 posti letto con monitoraggio suddivisi fra intensivi e semiintensivi, prevedendo sia la necessaria dotazione strumentale che l'adeguamento della pianta organica (medici e paramedici) delle U.O. di Malattie dell'Apparato respiratorio sufficiente per la copertura autonoma del Servizio di Guardia 24 ore su 24. Questo

fabbisogno complessivo è in grado di assorbire l'utenza prevista per la Regione Abruzzo e questa dislocazione topografica risolve i problemi dell'emergenza respiratoria.

Il modello organizzativo, la struttura e la dotazione organica di queste Unità Operative costituiscono un intervento di minor costo, in termini di personale e di strumentazioni, della terapia intensiva d'organo rispetto alla terapia intensiva generale (rianimazione), con l'ulteriore positivo elemento di decongestionare le rianimazioni generali già carenti di posti letto.

2. Individuazione dell'attuale Unità Operativa di malattia dell'apparato respiratorio, insistente presso il P.O. di Chieti, quale Centro Tisiologico di valenza Regionale di riferimento, per garantire in tutto l'Abruzzo la terapia dei pazienti con malattia tubercolare in fase attiva.

3. Attivazione di una U.O. di numero 5 posti letto in day hospital di malattie dell'apparato respiratorio presso il Presidio Ospedaliero di Penne, per rispondere pienamente alle esigenze della Azienda USL di Pescara.

4. Gestione dei pazienti che necessitano di Ossigeno - Terapia domiciliare a lungo termine (OLT) e/o di ventilazione meccanica domiciliare (VMD) nel rispetto delle direttive impartite dalla Giunta regionale.

5. Integrazione, nell'ambito di un pianificato programma di controllo, delle U.O. delle malattie dell'apparato respiratorio con i servizi di riabilitazione respiratoria pubblici e privati accreditati, che devono essere in grado di accettare i pazienti pneumopatici post-acuti, garantire loro qualificati programmi riabilitativi globali e una ottimizzazione della stabilità clinica e la riduzione delle recidive.

In questa maniera le unità operative ospedaliere avranno un più rapido turnover, con la possibilità di accettare un maggior numero di pazienti pneumopatici acuti e, di conseguenza, decongestionare le unità operative di medicina generale nelle quali si registra circa il 30% di ricoveri per malattie respiratorie acute.

Per ottenere l'obiettivo principale del lungo periodo - cioè un decremento della morbilità - ciascuna Azienda USL, nell'ambito dell'attività dipartimentale di prevenzione e distrettuale, organizzerà le seguenti funzioni:

- studio epidemiologico della malattia tubercolare e polmonari;
- effettuazione di programmi di screening di massa e attività di prevenzione per la tbc;
- proseguimento delle cure dei pazienti tubercolotici acuti o cronici dimessi;
- effettuazione di programmi educazionali e preventivi delle patologie polmonari emergenti.

■ - INTERVENTI PER NEFROPATIE

L'incidenza ed il peso sociale delle nefropatie sono in costante aumento in Italia e nel mondo e richiedono un impegno crescente delle strutture sanitarie e l'impiego di notevoli risorse finanziarie, strumentali ed umane.

La Regione Abruzzo intende:

A) Promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce delle nefropatie e gli interventi atti a rallentare la loro progressione verso la fase uremica mediante:

A.1) istituzione del Registro Nefrologico Regionale finalizzato alla rilevazione ed al successivo regolare aggiornamento dei dati relativi a:

- numero dei nefropatici e relativa nefropatia;
- numero dei nefropatici con insufficienza renale cronica;
- numero dei nefropatici in trattamento dialitico;
- numero dei nefropatici trapiantati;
- numero dei nefropatici in età pediatrica.

Attraverso il Registro Nefrologico regionale è possibile raggiungere i seguenti obiettivi:

- una precisa conoscenza della effettiva incidenza delle malattie renali nella regione;
- la individuazione e la distribuzione geografica delle patologie a rischio e la conseguente determinazione delle necessità assistenziali;
- una informazione aggiornata sulle strutture di diagnosi e cura già esistenti e sulle loro necessità di potenziamento e/o ristrutturazione;
- le conoscenze indispensabili per l'attuazione dei programmi di prevenzione;
- le informazioni necessarie per la programmazione e l'organizzazione della terapia sostitutiva dell'uremia nel territorio regionale.

A.2) Attuazione di programmi di educazione sanitaria e di osservazione epidemiologica da effettuarsi all'interno delle singole AUSL con corsi sanitari presso scuole ed ambienti di lavoro e screenings clinici, ematochimici ed urinari, controllo di pazienti a rischio di nefropatie secondarie a diabete, ipertensione arteriosa, connettiviti, gotta, etc., controllo di gruppi familiari in caso di nefropatie congenite e/o ereditarie, con il concorso delle strutture territoriali preposte (Dipartimento di prevenzione e D.S.B.) e delle strutture specialistiche (Servizi e Reparti di Nefrologia e Dialisi).

B) Razionalizzazione della distribuzione dell'intervento terapeutico sul territorio ed adeguamento delle strutture esistenti, tenendo presente che oltre i 900 pazienti attualmente in trattamento nella Regione, circa 130 nuovi pazienti uremici necessitano annualmente di trattamento dialitico. Ciò va realizzato mediante :

1. affidamento della responsabilità dell'intervento terapeutico a specialisti nefrologi attraverso incarichi a dirigenti medici di 1° livello;

2. adeguamento della dotazione organica del personale medico ed infermieristico sulla base dei carichi di lavoro rappresentati dai pazienti in trattamento dialitico e dalle attività aggiuntive (day hospital, dialisi peritoneale, ecc.).

In riferimento alla dotazione di posti-letto di dialisi ed alle strutture associate, si fa obbligo alle A.USL di verificare annualmente l'attività svolta dai servizi di dialisi e di adeguare conseguentemente posti-letto e dotazione organica, al fine di evitare carenze o eccedenze di personale e di strutture.

Per i presidi ospedalieri con centri di dialisi senza posti letto nefrologici, per le necessità di ricovero dei pazienti dializzati, devono essere utilizzati posti letto del Dipartimento Medico, sotto la responsabilità terapeutico - assistenziale del Dirigente del centro dialisi.

Con delibera della Giunta regionale saranno regolamentate le modalità di effettuazione di dialisi per pazienti provenienti da altre Regioni o dall'estero, temporaneamente presenti, e l'eventuale numero aggiuntivo dei posti letto di dialisi da allocare negli Ospedali pubblici e privati del territorio di riferimento, al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti uremici.

Ai sensi del D.M. del 22.7.1996 (G.U. n. 216 del 14.09.1996), l'attività dialitica è svolta in regime ambulatoriale.

■ - IL SISTEMA TRASFUSIONALE ED IL PIANO SANGUE

Con l'emanazione della legge regionale del 24/12/1996 n. 143, la Regione Abruzzo ha definito lo strumento giuridico e organizzativo fondamentale per la razionalizzazione del Sistema Trasfusionale abruzzese, con particolare riferimento ai seguenti aspetti.

1. L'istituzione del Servizio Trasfusionale Regionale.
2. Rafforzamento e migliore definizione delle competenze e delle funzioni di coordinamento a livello regionale, con particolare riferimento alla istituzione dell'Ufficio Regionale per le Attività Trasfusionali (URAT).
3. Adeguamento del modello organizzativo trasfusionale regionale al disposto del D.L.gs. 502/92 e succ. modifiche, in particolare per quanto riguarda le modalità di finanziamento del Sistema Trasfusionale, il sistema tariffario, la regolamentazione dei rapporti di scambio tra Aziende Sanitarie della Regione e tra Regioni.
4. Maggiore autonomia della Regione nella definizione del modello organizzativo della rete trasfusionale, soprattutto in relazione alla costituzione delle Aziende Sanitarie, alle loro prerogative di autonomia, alla ridefinizione degli ambiti territoriali ed alla eventuale costituzione delle aziende ospedaliere.
5. Definizione dei requisiti minimi organizzativi tecnologici e strutturali del Servizio Trasfusionale Regionale.
6. L'attivazione della funzione ispettiva e di un sistema di autorizzazione e revoca al funzionamento delle strutture trasfusionali regionali.

Il Piano Sangue e Plasma Regionale 1998 – 2000 definisce sostanzialmente gli obiettivi quali-quantitativi e le strategie organizzative in relazione ai seguenti aspetti:

- a) Autosufficienza di sangue e derivati
- b) Massima riduzione e monitoraggio del rischio trasfusionale
- c) Iniziative a sostegno dello sviluppo e delle funzioni istituzionalmente riconosciute delle Associazioni e Federazioni di volontariato del sangue;
- d) Indirizzi operativi ed interventi da realizzare con particolare riferimento all'assetto logistico, alle funzioni ed all'organizzazione delle strutture trasfusionali, alla programmazione della raccolta ed alle compensazioni intraregionali e nazionali;
- e) Organizzazione del sistema di urgenza/emergenza sanitaria nel settore trasfusionale;
- f) Rapporti con la Sanità Militare;
- g) Piano di produzione e distribuzione dei farmaci emoderivati;
- h) Standardizzazione e razionalizzazione delle procedure trasfusionali e definizione di un sistema di garanzia di qualità;
- i) Sviluppo dell'auto-trasfusione e delle nuove tecnologie in campo trasfusionale;
- j) Formazione del personale operante nelle strutture trasfusionali;

- k) Risorse necessarie in termini di personale, attrezzature, materiali e criteri di finanziamento necessari per l'attuazione del piano.
- l) Definizione di programmi di ricerca in campo trasfusionale.

Al fine di ridurre al minimo il rischio trasfusionale, si attiva, nell'ambito del Dipartimento trasfusionale istituito presso l'Ospedale Santo Spirito di Pescara, un Servizio di Microbiologia e Virologia Clinica finalizzato al monitoraggio infettivologico della trasfusione e di supporto al Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione per quanto riguarda le funzioni per esso previste nella L.R. n. 143/96.

■ - LA TERAPIA DEL DOLORE

La terapia del dolore nel territorio abruzzese

Nel corso degli ultimi 30 anni, grazie agli apporti di molti fondamentali studiosi, la medicina ha smesso di pensare al dolore esclusivamente come sintomo ed ha precisato sempre di più che esso, in determinate condizioni, diviene una patologia per se. Questo concetto, sebbene semplice ed evidente, non era stato accettato per molte motivazioni, non ultime quelle religiose. Alla fine degli anni '50 questo aspetto del dolore cominciò ad essere criticato, soprattutto quando si osservarono scientificamente i suoi devastanti effetti sull'organismo causati dalle reazioni neuroendocrine allo stimolo doloroso.

Da allora il cammino scientifico è stato lungo e difficile ma anche fortemente produttivo. Oggi si sa che il dolore si presenta al medico sotto 2 differenti forme. La prima (la più facile da trattare) è il dolore acuto e ne sono esempi classici il dolore postoperatorio, il dolore da parto, il dolore da ustione ecc. La seconda è il dolore cronico. Sono esempi di quest'ultimo la cefalea, la lombaggine cronica, il dolore da Herpes Zoster ecc. (dolore cronico benigno), oppure il dolore da cancro (dolore cronico maligno).

Gli studi di questi anni sono stati in grado di mettere in evidenza anche la prioritaria importanza di un trattamento precoce ed efficace di tutte le sindromi dolorose, sia acute che croniche.

Gli studi scientifici hanno altresì dimostrato quanto importante sia una buona organizzazione per ottenere i migliori risultati della terapia. Ciò ha comportato una crescita autocatalitica dell'interesse medico nei confronti del dolore ed ha fatto nascere, primo fra tutti quello della Washington University nato nella seconda metà degli anni '70, numerosi Centri per il Trattamento del Dolore, indirizzati esclusivamente allo studio ed alla terapia delle sindromi algiche. Ormai nel 90% degli ospedali statunitensi esiste un Centro per il Trattamento del Dolore Cronico, così come nel 40% di essi esiste un gruppo di lavoro che si occupa del Trattamento del Dolore Acuto nei pazienti ricoverati.

In Italia esistono numerosi esempi di Centri per il Trattamento del Dolore, nati più per iniziativa di singoli medici interessati all'argomento che non come iniziativa organica del Sistema Sanitario Nazionale.

L'esperienza clinica maturata in questi anni e lo studio sistematico delle altre realtà nazionali ed internazionali consente, però, di affermare che è giunto il momento, anche per l'Abruzzo, di affrontare l'argomento in modo più sistematico e, quindi, meglio organizzato. Nel corso di un decennio i concetti terapeutici ed organizzativi sono evoluti verso un approccio più sistematico del problema, introducendo nuovi concetti quali lo studio della fisiopatologia delle sindromi algiche e le cure palliative dei pazienti terminali sia per il cancro che per altre patologie devastanti e non guaribili, quali l'AIDS.

Situazione nella Regione Abruzzo

In Abruzzo non esistono dati di prevalenza e/o incidenza delle sindromi algiche benigne (ciò anche perché mancano punti di osservazione dislocati sistematicamente nella regione). Esistono, invece, dati eloquenti inerenti il problema "cancro", Nel decennio 1980-89 su una mortalità totale di 56.366, ben 14.278 sono stati i morti di cancro, Nel 1995 sono stati diagnosticati 5200 nuovi casi di neoplasie ed oltre 10.000 pazienti neoplastici sono attualmente presenti nel territorio delle AUSL abruzzesi. La letteratura internazionale ha messo in evidenza che oltre il 95% dei pazienti con cancro è affetto da dolore nelle fasi avanzate della malattia. Ciò consente di stimare il numero di pazienti che sul territorio regionale ha bisogno di un opportuno trattamento del dolore, per la sola causa "cancro", intorno alle 5000 unità. Questo solo dato, sebbene non dettagliato, sottolinea la dimensione del problema e fa comprendere quanto urgente sia l'intervento degli organi preposti alla buona gestione della salute pubblica per rendere più organico e, quindi, qualitativamente migliore l'intervento terapeutico.

Una risposta completa ed efficace al problema rende necessaria la previsione dell'istituzione, nell'ambito delle Aziende USL di Chieti e Teramo, di L'Aquila e Pescara di un Centro di Fisiopatologia e trattamento del dolore con 2 posti letto e l'

attivazione presso le Terapie post-intensive degli ospedali di Avezzano, Sulmona, Lanciano, Vasto, Penne, Popoli, Atri, Giulianova e S.Omero, di attività di terapia antalgica.

Terapia Antalgica

Presso l'Unità Operativa di Terapia post-intensiva degli Ospedali di Avezzano, Sulmona, Lanciano, Vasto, Penne, Popoli, Atri, Giulianova e S.Omero è organizzata e attivata la terapia antalgica. Detta attività viene svolta in stretta interrelazione funzionale con le U.O. di degenza dell'Aziende coinvolte nella diagnosi e nel trattamento dei pazienti affetti da sintomatologia dolorosa acuta e cronica (medicines e chirurgie generali, chirurgie specialistiche, in particolare modo ortopedia, chirurgia vascolare, oncologia, fisiatria e rispettivi ambulatori, psichiatria e psicologia) e con i Medici di medicina generale per attività di consulenza antalgica domiciliare. La competenza professionale deve essere quella di un metodo strutturato del Servizio di Anestesia e Rianimazione che svolge la sua attività in tutto o in parte, a seconda delle esigenze locali, nel settore specifico. L'attività svolta è quella di visite ambulatoriali, di consulenza nelle U.O. di degenza anche per analgesia postoperatoria, di visite domiciliari di consulenza, di blocchi antalgici non neurolesivi, di prescrizione di oppioidi.

Centro di Fisiopatologia e Trattamento del Dolore

Si tratta di un Centro di Terapia del Dolore caratterizzato da una maggiore complessità operativa e da un più elevato livello di intervento specialistico antalgico. Si prevedono rapporti con le stesse unità di degenza citate per la terapia antalgica, con la Sala Operatoria (trattamenti di pazienti affetti da dolore cranico con le tecniche più invasive), con la radiologia (tecniche di blocco e diagnostica in day hospital), con il laboratorio, con gli uffici amministrativi (budget e rendiconto attività). Sono presenti 2 posti letto. Le caratteristiche professionali sono quelle dei medici strutturati nel Servizio di Anestesia e Rianimazione, ma specificatamente dedicati al Centro, di infermieri specificatamente preparati nel settore dell'algologia, di un tecnico radiologo, di uno psicologo in consulenza continuativa, di un'assistente sociale in consulenza continuativa. Le prestazioni fornite prevedono visite ambulatoriale, visite nei reparti (consulenze), consulenze domiciliari, incontri con psicologo e assistente sociale, tests antalgici diagnostici, interventi antalgici di blocco anestetico non neurolesivi, neuromodulazione spinale, TENS, ione o iontoforesi, contatti telefonici, riunione per discussione di casi clinici critici, prescrizione di stupefacenti. La funzionalità minima dovrà essere 30 ore/settimana su 5 giorni di apertura per utenti esterni (attività ambulatoriali e strumentali), 15 ore/settimana di attività consulenziale antalgica intraospedaliera e territoriale, 15 ore/settimana di attività in reparto, 6 ore/settimana di attività chirurgica antalgica, 3 ore/settimana di tecnico radiologo, 3 ore/settimana di discussione di casi clinici, 15 ore/settimana di

amministrazione (comprese riunioni organizzative), 5 ore/settimana per consulenza psicologica, 4 ore/settimana per colloqui (medici e assistente sociale).

E' il punto di riferimento per la ricerca e lo studio epidemiologico dell'attività regionale. E' inoltre il Centro per la formazione e l'aggiornamento di tutti gli operatori del settore. Le competenze consistono anche nella identificazione degli standards terapeutici e nella verifica della qualità delle prestazioni erogate.

■ - L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

In materia farmaceutica, il presente piano si propone di realizzare una corretta politica del farmaco attraverso la realizzazione di un progetto che assicuri, da un lato, il miglioramento delle prestazioni e, dall'altro, il contenimento della spesa farmaceutica .

Tale obiettivo può essere raggiunto mediante la ridefinizione del Servizio Farmaceutico sull'intero territorio regionale con l'attribuzione alle varie strutture di specifiche funzioni che consentano:

- un efficace controllo sulla gestione del farmaco all'interno della struttura pubblica;
- l'adozione di misure finalizzate alla razionalizzazione del consumo dei farmaci ed al contenimento della spesa farmaceutica;
- la realizzazione di programmi organici di intervento nel campo dell'informazione e dell'educazione sanitaria;
- l'effettuazione di indagini, attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, ivi comprese quelle di farmacovigilanza clinica;
- una capillare azione di vigilanza sul corretto svolgimento dell'attività farmaceutica da parte delle farmacie convenzionate.

Regione: Presso il Settore Sanità Igiene e Sicurezza Sociale l'apposita struttura dovrà provvedere, oltre alla funzione di coordinamento e di indirizzo ai compiti attualmente svolti in materia di Pianta Organiche delle Farmacie:

- alla raccolta ed alla elaborazione dei dati relativi all'attività farmaceutica, allo scopo di predisporre specifici progetti obiettivi finalizzati alla razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci ed al contenimento della spesa farmaceutica;
- alla stipula di protocolli di intesa con gli Ordini Professionali dei Farmacisti e dei medici e con le associazioni di categoria per la realizzazione di programmi di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria nell'ambito dei programmi sviluppati dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- al monitoraggio delle sperimentazioni cliniche effettuate presso le strutture sanitarie accreditate della Regione.

Al fine di garantire l'omogeneità dell'assistenza farmaceutica erogata nella Regione, nelle commissioni o gruppi di lavoro istituiti ed operanti presso il Settore Sanità della Regione, nel cui ambito saranno affrontate problematiche inerenti

l'assistenza di base in generale, e la farmaceutica in particolare, saranno garantire rappresentanze istituzionali di farmacisti.

Servizio Farmaceutico delle A.S.L.: Il Servizio Farmaceutico sovrintende alla vigilanza sul corretto espletamento della prestazione farmaceutica sia di quella territoriale affidata alle farmacie pubbliche e private convenzionate, sia di quella resa in ambito ospedaliero.

Coerentemente a tale funzione, il Servizio Farmaceutico provvede alla rilevazione dei dati concernenti il consumo qualitativo e quantitativo dei medicinali e di altro materiale sanitario nei presidi delle ASL e nelle farmacie convenzionate.

Il farmacista è chiamato a partecipare ad un rapporto di collaborazione integrato tra farmacie pubbliche e private convenzionate e farmacie ospedaliere affinché ciascuna di queste partecipi a giusto titolo al conseguimento dell'obiettivo di ottimizzazione della prestazione farmaceutica e di quella integrativa.

Farmacie pubbliche e private convenzionate: Le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico, erogano per conto dell'Azienda USL l'assistenza farmaceutica sul territorio nel rispetto della normativa vigente, nei limiti stabiliti dai livelli di assistenza e con le modalità previste dall'Accordo collettivo nazionale e dall'Accordo regionale che regolano il rapporto convenzionale tra le farmacie medesime e il Servizio Sanitario Nazionale.

Nel quadro delle prestazioni di assistenza integrativa, le farmacie possono erogare a costi competitivi, per conto delle Aziende USL, ausili, presidi e prodotti dietetici.

Nell'ambito della prestazione di un servizio a carattere pubblico e sociale, che persegue l'obiettivo prioritario della prevenzione, le farmacie assicurano ulteriori servizi a carattere socio-sanitario finalizzati alla tutela della popolazione.

L' ALZHEIMER

Dimensioni del problema.

Il 6 – 10% degli ultrasessantacinquenni sviluppa un quadro di deterioramento cognitivo-comportamentale patologico che rientra nei criteri diagnostici della demenza. L'incidenza della malattia raddoppia ogni 5 anni, tanto che il 25% degli ultraottantacinquenni ne è affetto.

L'alto numero stimato di pazienti affetti da demenza (pari nella nostra Regione a circa 15.000 persone) impone la necessità di attivare Centri Alzheimer di riferimento in maniera capillare su tutto il territorio regionale.

Si tratta, infatti, in maggioranza di demenze degenerative (tipo Alzheimer) e vascolari, il cui decorso lungo (8 – 10 anni) ed ineluttabile (non esistono al momento trattamenti farmacologici efficaci) genera bisogni molto differenziati sul piano sanitario e sociale. E' comunque stimabile che il 45% di tali soggetti sia affetto da disabilità medio-grave e circa il 7% sia affetto da una sindrome demenziale potenzialmente reversibile se diagnosticata e curata in tempo (ipotiroidismo, etilismo, depressione, ecc...). Stando ai dati della letteratura, inoltre, si può ipotizzare che circa il 20% degli anziani affetti da demenza sia già istituzionalizzato. La grande maggioranza vive comunque a casa, assistita dai familiari (non di rado da coniugi ugualmente anziani), che sono esposti ad un carico gravoso sotto il profilo psicologico, fisico ed economico.

Modelli assistenziali: Obiettivi della rete dei servizi.

La creazione di una rete di servizi dedicata al malato di Alzheimer si pone i seguenti obiettivi fondamentali:

- diagnosi precoce ed individuazione del programma terapeutico-assistenziale più adeguato;
- valutazione della comorbilità quale fattore condizionante l'evoluzione della patologia;
- attivazione di programmi riabilitativi di ordine neuromotorio, cognitivo ed occupazionale;
- individuazione e coordinamento delle strutture idonee all'assistenza e riabilitazione dei pazienti;
- corsi di formazione del personale addetto all'assistenza;
- attivazione di servizi di Assistenza Domiciliare in collaborazione con il medico di M.G.;
- promozione di attività di ricerca scientifica, clinica ed epidemiologica volte anche al controllo di qualità ed efficacia della rete stessa;
- supporto alle famiglie dei malati, in collaborazione con le associazioni di volontariato.

Modello operativo

La rete dei servizi per l'assistenza al malato di Alzheimer prevede l'istituzione dei seguenti nuclei operativi per ciascuna A.S.L.:

Ambulatorio psicogeriatrico, composto da un medico geriatra, un infermiere professionale, un assistente sociale, con funzione di:

- a) Assistenza:** valutazione, terapie, riabilitazione, in rete con le divisioni di geriatria, day hospital ed altri servizi residenziali e semiresidenziali esistenti all'interno della stessa A.S.L.;
- b) Valutazione:** attivazione di un sistema di valutazione e verifica di qualità della rete dei servizi;

- c) **Prevenzione, formazione ed educazione alla salute:** elaborazione di programmi e strumenti di training e formazione del personale, di educazione e supporto ai familiari e caregivers e di sensibilizzazione sociale;
- d) **Ricerca:** conduzione di ricerche multicentriche sugli aspetti diagnostici e correlati biologici della malattia di Alzheimer e sulle procedure terapeutiche.

Centro diurno.

Ha la finalità di garantire una permanenza più lunga ed autonoma possibile nel proprio ambiente familiare ritardando l'istituzionalizzazione definitiva; ha un indirizzo riabilitativo-cognitivo-motorio (Terapia di Orientamento Reale) e, al contempo, offre una pausa ai familiari dallo stress assistenziale nonché un fondamentale sostegno psicologico ed informativo. L'inserimento del demente nel Centro Diurno riduce inoltre l'uso di psicofarmaci in concomitanza all'attenuazione dei disturbi comportamentali, al miglioramento delle performance motorie, al riequilibrio del ritmo sonno-veglia.

Necessita di ampi spazi con aspetto domiciliare, organizzati secondo criteri di semplicità e facile accessibilità per favorire la mobilità dei pazienti, che in tutte le fasi della demenza deve essere incoraggiata e non soppressa; può essere annesso ad una R.S.A.:

Il centro Diurno prevede un orario dalle 8 alle 20 tutti i giorni, con attività semplici e ripetitive con fine riabilitativo, che riproducono la vita quotidiana (giochi da tavolo, disegno, cucina, conversazione, passeggiate, ecc...) nel rispetto di precedenti competenze ed interessi dei pazienti, escludendo nuovi concetti ed apprendimenti astratti.

Bisogna prevedere un operatore ogni 5 pazienti con una forte motivazione ad occuparsi di questi malati.

Nuclei Alzheimer in R.S.A

I Nuclei Alzheimer all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali sono destinati a soggetti anziani affetti da demenza e da gravi turbe del comportamento (tendenza alla fuga, aggressività verbale e fisica, tendenza ad urlare, ecc...); devono garantire ai pazienti le necessarie condizioni di protezione e di sicurezza, e, al contempo, ritmi di vita e stimoli riabilitativi adeguati alle loro ridotte capacità cognitive e funzionali.

I Nuclei Alzheimer devono rispondere alle seguenti condizioni vincolanti in merito all'adeguamento delle strutture: adozione degli standard strutturali previsti per le R.S.A. e obbligatoria organizzazione per nuclei di 15/20 posti letto. Gli spazi, riservati esclusivamente a residenti dementi, devono essere riquilibrati architettonicamente (sistemi di sicurezza, ampi spazi).

Al Nucleo Alzheimer possono essere ammessi pazienti dementi provenienti dal domicilio o da una R.S.A. o dalla divisione ospedaliera per acuti della A.S.L.

I criteri di ammissione sono i seguenti:

1. diagnosi di sindrome demenziale;
2. gravità della demenza: moderata-severa;
3. presenza di turbe comportamentali o di sintomi psichici rilevanti.

Per la diagnosi di Sindrome Demenziale saranno adottati i criteri del DSM IV – NINCDS-ADRDA od equivalenti (ICD 10-NINCDS-AIREN).

La valutazione delle funzioni cognitive dovrà essere effettuata mediante MMSE, ADAS-Cog ed adeguata batteria in tests neuropsicologici.

La valutazione delle disabilità mediante IADL-ADL-ICS.

La valutazione dei disturbi comportamentali e depressivi mediante la UCLA-Neuropsychiatric Inventory, Hamilton, GDS o similari.

Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)

Ai pazienti affetti da demenza viene erogato il servizio di assistenza domiciliare integrata in cui il medico geriatra dell'ambulatorio psico-geriatrico affianca il medico di medicina generale per la programmazione del piano assistenziale e per il coordinamento con gli altri servizi previsti dal piano Alzheimer.

PROGETTI OBIETTIVO NUOVI E AGGIORNATI

Si confermano i progetti-obiettivo indicati e sviluppati nel Piano Sanitario Regionale 1994-1996, con le valutazioni e gli aggiornamenti espressi nel presente Piano.

Sulla base di nuove esigenze assistenziali e per una più adeguata funzionalità gli stessi progetti-obiettivo saranno oggetto di aggiornamenti ulteriori.

In questa parte si presentano:

■ i nuovi - progetti obiettivo:

- Tutela della salute nei luoghi di lavoro
- La sicurezza nelle strutture sanitarie
- Potenziamento nelle strutture territoriali delle attività di educazione sanitaria per la prevenzione primaria
- Umanizzazione della sanità
- DSB - Potenziamento della medicina sul territorio

- Prevenzione oncologica
- Prevenzione della salute del cavo orale;
- Incremento quali-quantitativo delle prestazioni per mezzo della facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari con riduzione dei tempi di attesa;
- Prevenzione delle malattie cardiovascolari.
 - **gli aggiornamenti ai progetti-obiettivo:**
 - Promozione e tutela della salute della donna e dei soggetti in età evolutiva
 - Tutela della salute mentale
 - Tossicodipendenze e alcooldipendenza e tabagismo
 - Tutela della salute degli anziani e dei disabili.

■ - TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO (Nuovo)

Il potenziamento dell'attività di tutela della salute nei luoghi di lavoro previsto nella risoluzione del Consiglio Regionale dell'11/03/97, nell'accordo tra OO.SS. e Assessorato Regionale alla Sanità del 12/6/97 e dal Documento elaborato in sede di confronto tecnico tra Assessorato Regionale alla Sanità e OO.SS. sottoscritto il 18/9/97, e l'avvio delle azioni mirate di settore permetterà l'implementazione del progetto obiettivo, finalizzato alla piena funzionalità dei settori di attività del Dipartimento di Prevenzione.

Il progetto persegue nel triennio i seguenti obiettivi :

1. Informatizzazione e messa in rete anche a livello nazionale;
2. Aggancio a banche dati;
3. Incremento delle attività di controllo impiantistico preventivo e periodico, informatizzazione dei dati relativi alle ditte;
4. Strutturazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica sul territorio in collegamento funzionale con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
5. Campagna di informazione e promozione per la prevenzione degli incidenti ed il pronto intervento nei luoghi di lavoro.

Per il conseguimento degli obiettivi è necessario prevedere la dotazione dei servizi di strumentazione tecnica specifica, di autovetture, fax, modem, videocamere macchine fotografiche e quant'altro necessario.

Per la formazione del personale dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro verrà utilizzata anche una quota pari al 50% dei fondi derivanti dall'applicazione delle sanzioni previste dal D.Lgs. n. 758/94 (nuova normativa sanzionatoria in materia di lavoro).

OBIETTIVO N.1

Predisposizione immediata e messa a regime entro il primo anno di vigenza del presente Piano,, in ciascun Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, di una specifica attività organizzata, finalizzata all'informazione ai datori di lavoro e loro consulenti, ai medici competenti, ai Rappresentati dei Lavoratori per la Sicurezza, ai Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione, ai lavoratori in genere, su problematiche inerenti l'applicazione della normativa tecnico - sanitaria vigente. Tale attività andrà realizzata attraverso lo strumento dello "sportello informativo", da istituire in ogni Unità Operativa territoriale del Servizio, che dovrà coinvolgere tutte le professionalità tecniche, sanitarie ed amministrative presenti;

OBIETTIVO N.2

Monitoraggio, analisi epidemiologica e raccolta dati su un campione di almeno 100 Aziende in ambito regionale (USL, Enti locali maggiori, edilizia, chimica, metalmeccanica, grande distribuzione) sui profili di rischio per gli addetti, in

particolare per quanto attiene, all'evoluzione dei processi produttivi e lavorativi e sui bisogni formativi e informativi, derivanti anche dall'introduzione di nuove tecnologie.

OBIETTIVO N.3

Il livello delle attività di controllo impiantistico preventivo e periodico nella Regione deve essere uniforme fra le varie Aziende USL, in modo da realizzare e garantire una attività standard regionale fondamentale per la prevenzione omogenea degli incidenti nei luoghi di lavoro.

I dipartimenti dovranno incrementare l'attività di controllo impiantistico preventivo e periodico, anche con il ricorso, in via sperimentale, a forme di gestione esterna delle attività strumentali e di supporto.

L'attività dovrà essere espletata in modo da garantire tutte le funzioni tecniche, amministrative e di informatizzazione dei dati delle Ditte ed attività soggette per legge al controllo, nel territorio di competenza.

L'attività di informatizzazione, che è mirata ad acquisire dati relativi alle Ditte ed attività presenti, deve essere espletata anche attraverso le informazioni acquisite da altri Enti.

In particolare si dovrà provvedere ad un accordo di programma con l'ISPESL competente per territorio in modo da assumere dati inerenti alle Ditte non ancora oggetto di collaudo e controllo.

Di particolare importanza, al fine di garantire una effettiva attività preventiva e di controllo, è l'azione che, nell'ambito dell'accordo di programma, si deve sviluppare per i cantieri edili che restano attivi per la maggior parte per limitati periodi, in modo da consentire il collaudo in breve tempo.

Nel triennio, il Dipartimento deve conseguire l'obiettivo di effettuare il controllo degli impianti delle Ditte esistenti sul territorio e l'avvio dell'Accordo di Programma con l'ISPESL.

OBIETTIVO N.4

Strutturazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica sul territorio regionale in tema di infortuni sul lavoro e malattie professionali, con riguardo anche alle "nuove patologie professionali" (malattie da lavoro) in collegamento funzionale con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale. Il sistema sarà finalizzato alla ricerca delle correlazioni tra rischi da lavoro (tradizionali e "nuovi") e danni conseguenti. Tale Osservatorio sui rischi e danni da lavoro sarà dotato di tecnologie informatiche avanzate, in grado di fornire in tempi reali:

- analisi dell'andamento degli infortuni,
- rapporto tra infortuni e caratteristiche dei luoghi di lavoro e dei mezzi di sicurezza impiegati,
- analisi statistica degli infortuni per:
 - * mese, giorno, ora, età e qualifica degli infortunati,
 - * risponenza della qualifica con le mansioni svolte al momento degli infortuni,
 - dinamica degli eventi:
 - * natura e sede delle lesioni ,
 - * durata della inabilità temporanea
 - * inabilità permanente per classi di attività,

- ricerche campionarie tra misure antinfortunistiche previste, misure adottate e misure adottabili

- per l'edilizia e gli appalti in generale, correlazione delle carenze di sicurezza che sono alla base degli infortuni con i contenuti dei capitolati di appalto e dei piani di sicurezza e le caratteristiche reali degli ambienti di lavoro,

- analisi della dinamica delle malattie professionali, della loro incidenza e del tipo in rapporto all'ambiente di lavoro e alle mansioni svolte,

- statistiche sugli interventi di vigilanza nei cantieri edili per tipologia di lavori, per tipologia di violazioni accertate e correlazione con le tipologie di infortuni,

- ricerca ed identificazione del nesso di causalità tra lavoro edile e usura fisica del lavoratore addetto,

- individuazione delle caratteristiche particolarmente usuranti proprie del lavoro edile e/o di alcune sue fasi, nonché delle qualifiche ad esse corrispondenti,

- continuità delle ricerche e verifica dell'incidenza delle misure idonee a contrastare il fenomeno.

OBIETTIVO N.5

Una volta attivato il progetto obiettivo, il Dipartimento dovrà predisporre e mettere a regime una specifica attività organizzata, finalizzata alla informazione al pubblico, ai datori di lavoro e loro consulenti, ai medici competenti, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, ai lavoratori in genere, su problematiche inerenti la prevenzione, l'applicazione delle normative tecniche e d'igiene sanitaria vigente, il pronto intervento negli incidenti sul lavoro. Tale attività andrà realizzata mediante una campagna informativa e di promozione.

Alla realizzazione del presente progetto-obiettivo sono destinati 6 miliardi da ripartire tra le A.U.S.L. della regione sulla base della popolazione assistita.

■ - LA SICUREZZA NELLE STRUTTURE SANITARIE (Nuovo)

Nel quadro degli interventi finalizzati alla tutela salute dei lavoratori e degli utenti delle strutture sanitarie, il P.S.R. 1999 - 2001 pone come progetto obiettivo specifico quello di migliorare la sicurezza delle strutture sanitarie pubbliche e private.

Le strutture sanitarie pubbliche e private sono tenute ad attuare le disposizioni di prevenzione previste dai decreti legislativi 19.9.1994, n.626 e 19.3.1996,n.242.

In tutte le unità produttive è attivato il servizio interno di prevenzione e protezione, sono attuate le misure antincendio e per l'evacuazione dei lavoratori in caso di pericolo, è elaborato il documento di valutazione dei rischi e sono attivati i corsi di formazione per il personale.

In tutte le realtà produttive, è completato l'adeguamento alle disposizioni di sicurezza delle strutture e degli apparecchi (in particolare di quelli elettromedicali), è assicurata, ove prevista, la tempestiva omologazione delle attrezzature da parte degli organi competenti è garantita l'effettuazione delle successive verifiche periodiche da parte del Dipartimento di prevenzione.

Più in generale, con riferimento a tutti i luoghi di lavoro (e non solo a quelli del settore sanitario) le Aziende USL, cui è attribuita la competenza in materia di prevenzione e sicurezza, rafforzano le proprie strutture operative per poter espletare adeguatamente i compiti istituzionali di vigilanza nell'applicazione della normativa vigente.

Per quanto attiene, in particolare, alle strutture sanitarie pubbliche, i Direttori Generali delle Aziende USL, al fine del perseguimento della sicurezza nelle strutture medesime e nelle tecnologie sanitarie, in relazione alle risorse disponibili, tenuto conto del disposto del DPR 14.1.1997 e del Decreto Legislativo 626/1994, predispongono, per quanto di competenza, nell'ambito del "Piano strategico" di cui all'art.7 della L.R. 24.12.1996, n.146, un "Programma per obiettivi in materia di sicurezza". Tale Programma, che deve essere organico e finalizzato a garantire la sicurezza delle intere strutture e tecnologie sanitarie, deve indicare le priorità e sistematicità di intervento, le risorse finanziarie all'uopo destinate ed i risultati che si intendono conseguire. Nell'ambito del predetto programma "la sicurezza delle sale operatorie" deve costituire la "priorità assoluta", ovvero "azione specifica".

Per quanto riguarda le disponibilità finanziarie di competenza regionale i Direttori Generali devono far riferimento alle risorse di cui al programma dell'art.20 della legge 67/1988 ed alle "risorse aggiuntive" derivanti dalla alienazione degli immobili dismessi in quanto ritenuti non più idonei ne utilizzabili ai fini sanitari.

■ - POTENZIAMENTO NELLE STRUTTURE TERRITORIALI E DELLE ATTIVITA' DI EDUCAZIONE SANITARIA PER LA PREVENZIONE PRIMARIA
(Nuovo)

Nell'ambito delle azioni rivolte alla erogazione dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, la Regione ha messo a punto un intervento specifico, configurato come **"progetto - obiettivo per il potenziamento delle strutture territoriali e delle attività di educazione sanitaria per la prevenzione primaria"** per la cui attuazione si prevede un impegno finanziario pari a Lire 3 (tre) miliardi

L'intervento finalizzato all'innalzamento dell'efficienza delle strutture del Dipartimento di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali e dei Distretti Sanitari di Base ed alla realizzazione di iniziative di educazione sanitaria, prevede gli interventi sotto elencati ed il necessario collegamento con l'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (A.R.T.A.) e l'I.Z.S.

Le azioni progettuali interessano:

a) Tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale:

- controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico
- controllo sugli impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani
- controllo sulla detenzione e sullo smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi
- controllo sulla qualità delle acque destinate e destinabili al consumo umano
- controllo sulle piscine pubbliche o di uso pubblico
- controllo sulle acque di balneazione
- controllo degli scarichi civili, produttivi e sanitari.

b) Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari connessi agli ambienti di vita e di lavoro:

- attività di accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita
- attività di accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro
- controllo sul commercio, la vendita e l'impiego dei fitofarmaci e dei presidi sanitari
- controllo sulle attività agricole, forestali e della pesca
- controllo della salute dei lavoratori
- promozione della salute dei minori in ambiente scolastico
- certificazioni sanitarie ai fini preventivi e di tutela della salute pubblica
- espletamento dei compiti di polizia mortuaria

- controllo delle cause delle malattie infettive e potenziamento delle campagne di vaccinazioni.

c) Sanità pubblica veterinaria :

- controllo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive ed, in particolare, di quelle esotiche
- vigilanza e lotta al randagismo per il controllo della popolazione canina, soprattutto ai fini della prevenzione della echinococcosi / idatidosi
- vigilanza sull'utilizzazione degli animali da esperimento
- vigilanza e controllo sulla preparazione, commercializzazione e impiego dei mangimi e degli integratori per mangimi.

d) Tutela igienico-sanitaria degli alimenti :

- controllo igienico nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande, con verifica dell'adeguamento delle strutture di macellazione alle normative comunitarie
- ricerca di residui di farmaci o sostanze farmacologicamente attive e di contaminanti ambientali negli alimenti
- controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia
- campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande. La Regione, per ottemperare agli adempimenti previsti dal D.L.vo n. 156 del 26.5.1997, identifica le strutture deputate al controllo ufficiale degli alimenti. Per ridurre i tempi necessari per l'adeguamento dei laboratori di prova non ancora operanti secondo i criteri di funzionamento previsti dalla norma europea EN 45.001 e dalle procedure operative standard previste ai punti 3 e 8 dell'allegato 2 al D.L.vo 27.1.1992, n. 120, si avvale, si per la consulenza tecnico-scientifica che per la formazione del personale dei laboratori, dell'I.Z.S. dell'Abruzzo e del Molise.

Gli interventi dovranno riguardare :

1. la definizione di specifiche tecniche normative e di strumenti metodologici orientati all'integrazione delle attività dipartimentali e di queste con quelle territoriali;
2. l'attivazione di interventi formativi degli operatori;
3. l'attivazione di un sistema di flussi informativi per il monitoraggio tecnico-amministrativo e quali-quantitativo dei fattori di rischio, attraverso, anche l'utilizzo di sistemi informatici di raccolta, archiviazione ed elaborazione dati;
4. l'attivazione di iniziative di educazione sanitaria nella scuola e negli ambienti di vita e di lavoro.

■ - UMANIZZAZIONE DELLA SANITA'*(Nuovo)*

Nell'ambito dello sviluppo organizzativo, la Regione si propone di declinare in un pensiero progettuale unico, che ha nell'orientamento al cliente la sua guida fondamentale, le scelte, le azioni, gli obiettivi utili a mantenere adeguata l'organizzazione alle linee guida di sviluppo: Realizzare risultati di eccellenza per la soddisfazione dei cittadini/utenti con il minimo uso di risorse in un sistema di compatibilità e di massime sinergie possibili e con la tensione verso il miglioramento continuo. Una visione unitaria e sistemica dell'organizzazione, l'attenzione ai segnali di cambiamento come espressione della centralità del cittadino e del contesto sociale di riferimento, la definizione di obiettivi e strategie unificanti, sono i capisaldi di una progettazione dello sviluppo organizzativo che si propone non solo la definizione di regole, ma anche un'attenzione necessaria per un reale cambiamento, alla cultura, all'etica, ad un nuovo sistema di valori.

L'azione regionale si configura come progetto obiettivo e tenderà al conseguimento dei seguenti risultati.

■ Rendere i servizi sanitari responsabili non più solo della singola prestazione di servizio, ma di tutto il processo assistenziale, come nel caso di pazienti particolari (i malati di cancro, terminali, disabili), o di particolari fasce di popolazione che presentano problemi specifici anche legati alla situazione socioeconomica (extracomunitari o anziani) o di "genere" esempio: supporto agli invalidi per adattare l'ambiente domestico alla situazione di handicap.

■ Rivedere il ruolo delle reti locali delle farmacie o dei medici per rendere l'assistenza più accessibile e più comoda e di migliore qualità, in questo caso il privato sociale viene chiamato non a sostituirsi al servizio pubblico, ma a mettersi in sinergia per ottenere un miglioramento in termini di integrità e umanizzazione dell'intervento.

■ Rimodulazione dell'assistenza ospedaliera, puntando sulla specializzazione e qualificazione degli ospedali, nell'ambito di una "rete" diversificata di servizi che garantisca a ciascun Cittadino gli interventi diagnostico-terapeutici al minor costo possibile:

■ L'ammodernamento del sistema di gestione aziendale attraverso la diffusione di una nuova cultura aziendale, l'innovazione tecnologica dei sistemi informativi, i sistemi di controllo della gestione delle risorse, la razionalizzazione dei processi produttivi;

■ Il consolidamento del sistema - qualità aziendale, indirizzato a nuove prospettive, quali la definizione degli standards di prodotto e l'accreditamento delle strutture sanitarie attraverso anche la creazione presso tutti i distretti degli U.R.P.- Uffici Relazione con il pubblico -, al fine di:

- Semplificare il rapporto del cittadino con la Sanità pubblica, formando un punto informativo unico e definito in grado di rispondere ai suoi quesiti.

- Organizzare il flusso informativo interno in maniera chiara, tale da poter tenere costantemente aggiornati gli U.R.P. ed allo stesso tempo impegnare la struttura a far funzionare i flussi informativi quindi, effettivamente, a semplificare il rapporto del cittadino con la Sanità.

- Individuare le esigenze dei cittadini ed il modificarsi di queste nel tempo, per permettere un adeguamento dei servizi.

Per quanto riguarda gli standards, li possiamo dividere in tre settori corrispondenti ai tre soggetti interessati e alle rispettive attività da svolgere:

1. Riferito al complesso delle attività aziendali

- In una prima fase di attuazione del piano sanitario sarà realizzata una campagna informativa della Regione interna alle singole Aziende, finalizzata a costruire e sviluppare la "cultura delle U.R.P.". E' necessaria infatti una prima fase che porti all'accettazione da parte degli operatori delle stesse Aziende delle necessità/utilità dell'istituzione o del migliore funzionamento degli U.R.P.

- La seconda fase vedrà l'organizzazione o la funzionalizzazione degli U.R.P. che intraprenderanno le seguenti azioni:

- a) rendere operativi specifici protocolli di accoglienza dell'utenza sia per i servizi territoriali che per gli Ospedali dell'Azienda, al fine di migliorare l'approccio con l'utente, instaurare una valida relazione, orientare l'utente nel miglior modo secondo le sue aspettative e bisogni

- b) Assicurare che presso ogni struttura e servizio dell'Azienda siano presenti apposite bacheche destinate a contenere le informazioni aziendali dirette alla Cittadinanza/utenza

- c) Migliorare la comunicazione aziendale mediante iniziative dirette alla popolazione ed altre azioni dirette ai propri operatori

- d) Adottare strumenti utili al fine di semplificare la modulistica rivolta all'esterno, in modo da renderla di facile lettura e compilazione

- e) Rilevare almeno 1 volta l'anno per tutte le unità operative di ogni Distretto la qualità del servizio percepita dall'utenza

- f) Potenziare le attività di vigilanza e controllo interno al fine di garantire al paziente un rapporto con il personale ospedaliero improntato alla cordialità ed al rispetto.

- La terza fase prevede una campagna informativa regionale e/o - in caso di attuazione in tempi differenziati - interna all'Azienda, mirata alla promozione della conoscenza e dell'uso degli U.R.P.

2- Riferito al Presidio Ospedaliero

- La possibilità di assistenza religiosa per le diverse confessioni per i degenti di tutto gli Ospedali dell'Azienda, assicurando almeno la disponibilità dei recapiti dei ministri di culto professato

- Individuare presso gli Ospedali dell'Azienda e le Residenze Sanitarie Assistenziali dell'Azienda, apposite zone predisposte per il rispetto della privacy in occasione di decessi

- Far sì che i reparti di ogni stabilimento ospedaliero dell'Azienda distribuiscano alle persone ricoverate e/o familiari, al momento dell'ingresso, opuscoli informativi contenenti le informazioni necessarie per la vita in condizioni di degenza

- Ad assicurare negli Ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali dell'Azienda la possibilità di scelta, per tutti i degenti a dieta libera, fra due o più opzioni per ogni componente del menù

- Ad assicurare negli Ospedali dell'Azienda la presenza di un punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai degenti e ai familiari, per gli accessori essenziali alla cura della persona

- Che la dimissione ospedaliera venga sempre accompagnata da relazione sanitaria per il medico di medicina generale

- Definire opportuni protocolli per determinare modalità adeguate di dimissione ospedaliera di persone non autosufficienti - che necessitino di dimissioni protette - in forma integrata con i servizi socio-sanitari ed assistenziali.

- Ad assicurare negli ospedali la possibilità ai pazienti di riunirsi per discutere i problemi che riguardano la loro condizione di ricoverati e promuovere iniziative in merito. A tali riunioni possono partecipare i familiari dei pazienti e le Associazioni aventi per finalità statutarie la tutela dei diritti degli utenti del Servizio Sanitario.

- Ad assicurare all'interno dei reparti ospedalieri e di altri presidi ospitanti minori la presenza di personale idoneo a garantire lo svolgimento di attività essenziali allo sviluppo psicologico ed emotivo e facilitare l'adattamento del minore al nuovo ambiente. Per tali finalità viene promossa la collaborazione delle associazioni di volontariato. Le USL stabiliscono intese con gli organi scolastici competenti volti ad organizzare, in locali idonei, attività didattiche integrative per i minori degenti al fine di agevolare il reinserimento nella scuola ed il diritto allo studio. E' consentita la possibilità di insegnamento ad opera di docenti scelti dai genitori nonché la visita di coetanei. I minori ospitati nelle strutture di cui sopra possono usare giocattoli o altri oggetti personali.

3. Riferito ai Servizi territoriali

- Assicurare la continuità terapeutico-assistenziale per i portatori di handicap ospitati nelle strutture residenziali e semiresidenziali dell'Azienda, limitando il più possibile il turn-over del personale assistenziale.

L'Assessorato alla Sanità, le Aziende AUSL, per la realizzazione del progetto obiettivo potranno avvalersi di collaborazioni esterne di società o esperti nel campo della comunicazione e della informazione multimediale.

■ - DSB - POTENZIAMENTO DELLA MEDICINA SUL TERRITORIO -
(Nuovo)

Al fine di migliorare il sistema di erogazione delle cure primarie sul territorio e rendere più selettivo il ricorso alle strutture ospedaliere, con conseguente miglioramento del livello di benessere dei cittadini e minor impegno economico per la collettività, è necessario prevedere la realizzazione di un apposito progetto-obiettivo finalizzato alla realizzazione di alcuni distretti.

A tal proposito la Giunta Regionale, sentiti i Direttori Generali, individua realtà distrettuali da portare, in tempi brevi, a livello funzionale ottimale.

Per quanto concerne il livello organizzativo di ciascun distretto questo deve essere correttamente inteso nel senso di assicurare una assistenza di base globale. Nell'ambito dello stesso devono essere effettuate prestazioni inerenti i servizi di prima istanza, la vigilanza, la profilassi e l'assistenza veterinaria nonché funzioni relative alla tutela sanitaria della donna, della maternità, degli anziani e dei portatori di handicap.

I Direttori Generali procederanno alla organizzazione di DSB in cui svolgere tutte le prestazioni previste, con conseguente impegno di attrezzature e di personale. Particolare attenzione dovrà essere riservata ai distretti ubicati nelle zone montane.

Per la realizzazione del presente progetto-obiettivo la Giunta Regionale provvede a finalizzare, nel periodo 1999/2001, la somma complessiva di lire 32 miliardi.

■ - PREVENZIONE ONCOLOGICA
(Nuovo)

Le malattie neoplastiche costituiscono la seconda causa di morte in Italia e la loro incidenza continua ad aumentare anche nella nostra Regione, ove vengono diagnosticati almeno oltre 5.000 nuovi casi di tumore all'anno.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000 individua tra gli obiettivi quello di contrastare le principali patologie, tra cui i tumori, precisando gli obiettivi e gli interventi di diagnosi precoce per il miglioramento della qualità della vita.

La Regione Abruzzo, con la Legge 31 luglio 1996, n.61 (Approvazione del Piano Oncologico Regionale) ha definito le modalità di intervento, le strutture e gli aspetti di organizzazione e di coordinamento.

Nel triennio di validità del presente Piano, la Regione riconosce la necessità di potenziare l'aspetto della prevenzione e della diagnosi precoce oncologica con l'assunzione diretta di oneri finanziari finalizzati ad affrontare singole condizioni neoplastiche suscettibili di un favorevole intervento preventivo.

Le Aziende USL dovranno coordinarsi con la Commissione Oncologica Regionale, di cui alla L.R. 61/1996, per rendere efficaci gli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce individuati.

Alla fine di ogni anno i Responsabili delle UU.OO. invieranno una dettagliata relazione all'Osservatorio Epidemiologico Regionale specificando almeno il tipo ed il numero degli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce attuati, i risultati, il conto economico delle spese affrontate e indicazioni in ordine al potenziamento della stessa attività. Il mancato invio della Relazione preclude l'ulteriore finanziamento dell'attività.

I finanziamenti previsti per il presente progetto obiettivo sono indicati nell'apposito Prospetto riepilogativo.

- PROGETTO OBIETTIVO -***Incremento quali-quantitativo delle prestazioni per mezzo della facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari con riduzione dei tempi di attesa*****GENERALITÀ:**

Costituisce impegno della Regione il raggiungimento di una più elevata efficacia e produttività del Servizio Sanitario Regionale, migliorando la qualità dei servizi resi e razionalizzando l'uso delle risorse disponibili.

A tal fine devono essere valorizzate le potenzialità di miglioramento presenti all'interno di ciascuna Azienda.

Il miglioramento della qualità offerta dai servizi sanitari rappresenta, quindi, un obiettivo strategico da perseguire e da coniugarsi con l'esigenza di contenimento della spesa sanitaria.

A seguito degli indirizzi contenuti nella deliberazione consiliare n°99/9 del 3.11.1998, la Regione ritiene opportuno prevedere un progetto-obiettivo, da realizzare nell'arco di vigenza del presente Piano, finalizzato all'incremento quali-quantitativo delle prestazioni per mezzo della facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari con riduzione del 10% dei tempi di attesa previsti dal citato atto di indirizzo e coordinamento.

FINALITÀ del progetto-obiettivo sono:

- a) facilitare l'accesso ai servizi sanitari;
- b) migliorare la fornitura dei servizi sanitari.

OBIETTIVI da perseguire sono:

- **Informazione** ⇒ far conoscere i servizi;
- **Accoglienza** ⇒ accogliere e orientare l'utenza;
- **Trasparenza** ⇒ garantire la conoscenza dell'iter;
- **Velocità** ⇒ rendere più rapidi i servizi;
- **Comodità** ⇒ agevolare l'utente negli adempimenti;
- **Chiarezza** ⇒ usare un linguaggio comprensibile.

FINANZIAMENTO:

Per la realizzazione del presente progetto-obiettivo la Regione provvede a stanziare la somma complessiva di lire 10 miliardi, da ripartire tra le Aziende USL proporzionalmente al numero dei dipendenti in servizio al 31.12.1998.

A tal fine ciascuna Azienda U.S.L. elaborerà il proprio progetto-obiettivo che sarà sottoposto all'approvazione del nucleo di valutazione interno.

Il raggiungimento degli obiettivi prefissati sarà accertato e certificato dallo stesso nucleo di valutazione; al conseguimento dei risultati attesi la Direzione Generale della U.S.L. provvederà all'erogazione delle quote spettanti, da quantificarsi in relazione al parametro orario del lavoro straordinario, ai dipendenti partecipanti in base all'apporto che ciascuno avrà dato alla realizzazione del progetto stesso".

■ - PREVENZIONE DELLA SALUTE DEL CAVO ORALE
(Nuovo)

Allo scopo di poter programmare gli interventi e gli strumenti economici e organizzativi atti a contrastare una patologia, il primo e fondamentale passo consiste nel raccogliere dati significativi e aggiornati sui danni, i rischi e i costi sociali relativi alla diffusione della patologia stessa. Il Piano Sanitario nazionale 1998/2000 ha come obiettivo principale la promozione della salute, a cui finalizzare l'organizzazione e l'erogazione della prestazione e servizi sanitari. Recenti ricerche hanno dimostrato che l'intervento di prevenzione orale nelle fasce di età infantili ha un'elevata incidenza nel miglioramento dello stato di salute del cavo orale della popolazione.

La Regione Abruzzo intende prestare una particolare attenzione alla prevenzione della salute del cavo orale ed a tale proposito vuole realizzare l'intento di seguire i bambini in età pediatrica, attraverso un progetto di prevenzione.

Tale progetto si sintetizza con la ricerca di una immagine descrittiva della situazione del cavo orale dei bambini in età pediatrica evidenziandone eventuali relazioni statisticamente significative tra fattori anamnestici e/o presenza di patologie.

L'ulteriore finalità della ricerca è quello di monitorare nel tempo l'evoluzione dello stato di salute del cavo orale nello stesso gruppo di studio per valutare l'efficacia dell'intervento di motivazione e di informazione capillare.

L'indagine dovrà avere un carattere descrittivo longitudinale ed, in rapporto alla durata della scuola dell'obbligo, un periodo di osservazione di 8 anni. Per poter meglio approfondire l'esistenza ed il significato medico-scientifico dell'iniziativa stessa dovranno essere coinvolti i Provveditori degli studi che a loro volta dovranno motivare tutti i Presidi delle scuole medie ed i Direttori dei circoli didattici.

Successivamente alle visite si effettueranno incontri aperti a studenti, insegnanti e genitori, con la riproduzione di filmati e diapositive riguardanti l'anatomia, la fisiologia, la patologia del cavo orale.

Particolare attenzione sarà rivolta alle tecniche di mantenimento di una adeguata igiene orale.

Saranno suggerite, inoltre, corrette abitudini alimentari e di valorizzare l'importanza delle visite periodiche di controllo dall'Odontoiatra di famiglia.

Nel periodo 1999/2001 la Giunta Regionale provvede ad assegnare alle Aziende USL, per la realizzazione del presente progetto-obiettivo, la somma di lire 3 miliardi.

**■ - PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA
E DEI SOGGETTI IN ETÀ EVOLUTIVA**
(Aggiornamento)

Generalità

Il presente progetto-obiettivo aggiorna le indicazioni sulle strategie, sul modello organizzativo e sugli interventi prioritari per la tutela della salute della donna e dell'età evolutiva, già contenute nel PSR 94-96, richiamate nel corrispondente capitolo, e si colloca nell'ambito delle nuove indicazioni normative nazionali, con particolare riferimento alla Legge 31.1.1996, n. 34 ed al successivo D.P.C.M. del 27.3.1997 (G.U. n. 116 del 21.5.97) e alla Legge 28.8.1997, n. 285 (G.U. n. 207 del 5.9.1997)

Il "Progetto" costituisce anche lo strumento per il riordino e la razionalizzazione delle strutture ostetriche e pediatriche, ospedaliere e territoriali, presenti sul territorio regionale, con l'intento di disegnare una rete regionale di servizi in grado di rispondere alle più diffuse e più sofisticate esigenze assistenziali del settore.

Non vanno trascurati i nuovi problemi che stanno emergendo e di cui necessita farsi carico e che riguardano da un lato le problematiche socio-sanitarie che investono le donne ed i minori, e dall'altro i nuovi bisogni di salute che per la donna comprendono gli aspetti riproduttivi e post-riproduttivi (sterilità, menopausa, diagnosi precoce, contraccezione e sessualità ecc.) e per l'età evolutiva spaziano dalla età pre-natale all'adolescenza.

Finalità e Obiettivi

Le finalità del presente progetto-obiettivo possono essere così definite:

1) migliorare la qualità della vita e promuovere la salute delle donne e dei soggetti in età evolutiva, quali risorse fondamentali per lo sviluppo della società abruzzese;

2) costruire un sistema di conoscenza dello stato di salute e dei bisogni della popolazione femminile e di quella in età evolutiva che consenta in futuro una più adeguata programmazione degli interventi, con particolare attenzione per i soggetti deboli e "a rischio" (per povertà, immigrazione, disabilità, ecc.);

3) organizzare e coordinare le risorse (strutture, personale, risorse finanziarie) del Servizio Sanitario Regionale, e collegarle in modo funzionale con le istituzioni e le amministrazioni interessate, unificando gli interventi, così da costituire, con i servizi sociali, uno "sportello unico" dedicato alle problematiche del settore;

Obiettivi del "progetto" sono considerati:

1) Istituire, nell'ambito dei Dipartimenti materno-infantili, opportuni servizi di Adolescentologia in grado di prevenire e curare i sempre più frequenti disturbi della sfera psico-fisica dell'adolescenza.

2) Istituzione presso ogni USL del Dipartimento materno-infantile con compiti di organizzazione e di coordinamento funzionale dei servizi, degli operatori dipendenti e convenzionati, degli Enti e delle Istituzioni coinvolte nel campo di attività del Dipartimento. Il DMI collega funzionalmente ed integra i servizi territoriali ed ospedalieri per la tutela materno infantile, allo scopo di migliorare la qualità degli interventi di educazione sanitaria, prevenzione, cure e riabilitazione, attraverso la unitarietà, l'interdisciplinarietà e la continuità degli stessi. Fanno parte del DMI i Servizi sanitari territoriali relativi ai Consulenti famigliari, alla Medicina scolastica, alla Medicina preventiva della età evolutiva, alla Pediatria di comunità, il Servizio di neuropsichiatria infantile e le UU. OO. di ostetricia, pediatria, neonatologia e terapia intensiva neonatale se presente. Sono organi del DMI il Comitato di Dipartimento ed il coordinatore di Dipartimento. Agli stessi sono attribuite le competenze al paragrafo "Il Dipartimento" di cui al presente Piano;

3) valorizzazione e integrazione dell'assistenza sanitaria di base (medici e pediatri di libera scelta, distretti, consultori);

4) collegamento organizzativo tra pediatri ospedalieri, pediatri di base, pediatri di comunità, strutture consultoriali e territoriali;

5) collegamento organizzativo tra ginecologi impegnati nei servizi territoriali e ginecologi ospedalieri;

6) collegamenti e integrazione tra servizi e strutture del SSR (Presidi Ospedalieri - Distretti - Dipartimento di prevenzione - SERT- Dipartimento di salute mentale, ecc.) e le amministrazioni e le istituzioni esterne (Enti Locali - scuola - servizi sociali, ecc.);

7) Razionalizzazione della rete dei servizi ospedalieri ostetrico-ginecologici e pediatrici, riduzione dei tempi di degenza e dei ricoveri impropri, razionalizzazione dei costi per accertamenti diagnostici e farmaci;

8) attivazione in modo permanente di interventi rivolti ai nuovi bisogni di salute della donna, dall'adolescenza alla menopausa e dell'età evolutiva con particolare attenzione per i soggetti deboli (handicaps e disabilità) e per quelli a rischio (svantaggiati sociali, vittime di maltrattamenti, abusi, violenze, incurie, ecc.);

9) adeguamento degli interventi per la prevenzione e l'educazione alla salute.

Attività

Le attività del presente progetto-obiettivo trovano una diversa connotazione a seconda del livello territoriale di riferimento;

1) **Al livello di Azienda Sanitaria Locale** si individuano:

a) gli interventi per la razionalizzazione dei punti-nascita nella misura di uno per uno non meno di 350 parti/anno;

b) gli interventi per l'adeguamento strutturale delle Unità Operative di Ostetricia-ginecologia e Pediatria anche in riferimento alla L.R. n. 35 dell'11.4.1990;

c) la disponibilità di n.15 culle ogni 1000 nati/anno;

d) nell'organizzazione dei servizi pediatrici ospedalieri si deve tendere a unificare l'area degli interventi rivolti all'età evolutiva (area pediatrica) e ad evitare promiscuità nella degenza di adulti e di soggetti in età evolutiva (da intendersi, anche se in via tendenziale, fino ai 18 anni). *L'area pediatrica* è intesa come l'ambiente in cui il sistema sanitario si prende cura della salute dell'infanzia con caratteristiche peculiari per il neonato, per il bambino, per l'adolescente;

e) l'attivazione di interventi consultoriali per gli adolescenti;

f) l'attivazione di interventi per la prevenzione e la diagnosi precoce della patologia oncologica femminile e per il controllo delle infezioni sessualmente trasmesse e delle patologie correlate, sulla base di linee-guida predisposte dalle rispettive società scientifiche e professionali;

g) l'attivazione di interventi per la menopausa;

h) l'attivazione di interventi per la diagnosi e la presa in carico delle donne e dei minori vittime di violenze e abusi, maltrattamenti;

i) interventi per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. In riferimento alla L.R. del 3.2.1998, n. 6, avente per oggetto "Istituzione del Centro di fisiopatologia della nutrizione e dei disturbi del comportamento alimentare", le corrispondenti attività rivolte ai soggetti in età evolutiva devono essere esplicate mediante l'impiego di strutture, personale e metodi specifici e distinti rispetto a quelle rivolte ai soggetti adulti.

j) interventi a livello di Distretti Sanitari di base per la prevenzione della carie e delle malocclusioni in età evolutiva.

Presso la Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero di Chieti, in collaborazione con l'omologa Unità Operativa del P.O. di Vasto, è istituito il "Centro di Fecondazione Assistita" avente come scopo la diagnosi e la terapia della infertilità e sterilità della coppia e che esplica attività d'interesse regionale.

2) ***Al livello regionale*** costituiscono attività del presente "progetto":

a) istituzione di una Consulta regionale nominata con Decreto del Presidente della Giunta Regionale, su proposta del componente la Giunta preposto al Settore Sanità, e composta da operatori del settore con il compito di:

- supportare ed indirizzare le Aziende USL nell'attività specifica rapportandosi direttamente al DMI;
- indicare le linee guida degli obiettivi strategici e di relativi percorsi di formazione ed aggiornamento;
- convocare periodicamente i responsabili del DMI per illustrare gli obiettivi stessi;
- monitorare i percorsi attuati dalle singole AUSL per raggiungere gli obiettivi prefissati;

- stabilire le regole, i tempi ed attuare i controlli sui risultati raggiunti.

b) attuazione, valutazione e aggiornamento del programma di vaccinazioni consigliate per l'età evolutiva;

c) attivazione nell'ambito dell'O.E.R. dei registri regionali specifici;

d) qualificazione dell'assistenza intensiva neonatale e del trasporto del neonato a rischio.

Le Aziende USL cui afferiscono le UU.OO. di terapia intensiva neonatale sono tenute all'attivazione del servizio di trasporto del neonato a rischio, collegato al Servizio di emergenza. A tal fine, le Aziende interessate, si coordinano tra loro e con l'Assessorato alla Sanità per la definizione delle linee-guida del trasporto del neonato a rischio.

e) promozione, valutazione e aggiornamento del programma di interventi per la diagnosi e la riabilitazione dei minori vittime di violenza, maltrattamenti e abusi;

f) promozione di interventi per il disagio psico-sociale in età evolutiva con il concorso dei soggetti e delle istituzioni interessate.;

g) iniziative innovative e alternative alla spedalizzazione per la autogestione delle patologie croniche nei soggetti in età evolutiva.

Risorse

Si richiamano in questa sede le risorse finanziarie aggiuntive per il settore materno-infantile di cui alla Legge 31.1.1996, n. 34 e alla Legge 28.8.1997, n. 285.

Risultati

Gli obiettivi regionali devono essere realizzati in tutte le A.USL secondo i tempi prefissati. La loro attuazione ed i risultati finali saranno soggetti a controlli e valutazioni da parte dell'Assessorato alla Sanità. Il parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi dovrà essere adeguatamente motivato.

La verifica dei risultati deve riferirsi:

- alla riduzione degli indici di morbosità e di mortalità specifici;
- alla verifica dei livelli di integrazione tra servizi territoriali e strutture ospedaliere;
- alla razionalizzazione della distribuzione delle strutture territoriali (consultori, servizi dei distretti sanitari di base, ecc.);
- alla verifica dell'attuazione del programma regionale per le vaccinazioni consigliate;
- alla predisposizione e all'utilizzo del libretto regionale pediatrico;

Le attività svolte sono oggetto di una conferenza periodica sullo stato dei servizi e sui risultati conseguiti.

La Neuropsichiatria Infantile

Gli interventi per la tutela della salute neuropsichica in età evolutiva, pur appartenendo strutturalmente ai Dipartimenti per la Salute Mentale, sono funzionalmente collegati a quelli previsti per la tutela materno-infantile.

Anche per la forte valenza preventiva e l'assoluta esigenza di fornire risposte unitarie ai bisogni sanitari della popolazione in età evolutiva, si rende necessario un collegamento funzionale tra tutte le strutture di neuropsichiatria infantile (NPI) della regione tra loro e con il Dipartimento materno-infantile dall'altro.

Fulcro operativo degli interventi di NPI isolati o integrati con gli altri servizi e strutture, è il servizio territoriale di NPI, che opera a livello di distretto sanitario di base e coopera con i servizi per la salute dell'età evolutiva presenti nella stessa area.

■ - TUTELA DELLA SALUTE MENTALE
(*Aggiornamento*)

Al fine di contrastare i processi di istituzionalizzazione e di pervenire al superamento definitivo degli ospedali psichiatrici e di decentramento dei servizi nel territorio, nell'arco di vigenza del presente Piano, sarà portato a compimento nelle singole Aziende USL il processo di organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale, nei termini previsti nel capitolo "La Salute Mentale" e dovranno essere conseguiti gli obiettivi di seguito indicati.

Obiettivo n.1

Adeguamento dei C.S.M. della regione ai requisiti minimi previsti dal D.P.R. 14.1.1997, per quanto attiene l'orario di apertura e la dotazione minima di personale:

- entro il 1999 : adeguamento del 50% dei C.S.M. (almeno 6)
- entro il 2000 : adeguamento di tutti i C.S.M.

Obiettivo n.2

Ciascuna Azienda U.S.L. deve disporre di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) per il ricovero dei pazienti acuti:

- entro il 30 giugno 1999 : attivazione del S.P.D.C. in ciascuna Azienda USL della regione.

Obiettivo n.3

Ogni Azienda USL deve disporre di:

- a. almeno una struttura residenziale protetta pubblica, destinata a pazienti non provenienti dall'ex O.P.;
 - b. almeno un Centro Diurno.
- entro il 30 giugno 1999: in ciascuna Azienda USL saranno attivate almeno una struttura di tipo a) ed una struttura di tipo b).

Per il raggiungimento di questo obiettivo le USL possono avvalersi della cooperazione sociale, del NO PROFIT, delle ONLUS, ecc..

Obiettivo n.4

Attivazione in ambito regionale di una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa, destinata esclusivamente ad adolescenti minori con problemi psichiatrici.

- la Regione promuove entro l'anno 2000 la realizzazione in ambito regionale di una

struttura residenziale protetta con non più di 6 posti-letto, destinata esclusivamente ad adolescenti minori con problemi psichiatrici, collegata funzionalmente con un Servizio territoriale di Neuropsichiatria infantile ed eroga lo specifico finanziamento per la sua attività, anche attraverso l'apporto delle esperienze maturate nell'ambito della cooperazione sociale, no profit, O.N.L.U.S. ecc. nella Regione Abruzzo.

■ - TOSSICODIPENDENZE , ALCOOLDIPENDENZA E TABAGISMO (Aggiornamento)

Il contesto

La dimensione sociale del fenomeno della dipendenza da sostanze sta cambiando in maniera rilevante nel nostro territorio. L'incremento esponenziale della quantità di droga sequestrata nel nostro territorio ed i nuovi soggetti che entrano con forza in questa attività illegale, ci convincono che l'Abruzzo non è più solo zona di transito, ma anche territorio da conquistare al consumo e ad un nuovo consumo.

Un mercato che si propone come particolarmente aggressivo ed in grado di determinare spinte consumistiche che vanno ad agire su una platea giovanile molto condizionata dall'immagine e dalla legge del "gruppo" e con limitate capacità "critiche" di scelta. L'uso della droga è entrato con forza nella popolazione giovanile non emarginata e si presenta come un fenomeno complesso, diffuso, e soprattutto legato a stili di vita ormai acquisiti nella sfera della "normalità" quotidiana.

Le preferenze dei consumatori si orientano con forza verso le droghe eccitanti, vecchie (cocaina) e nuove (ectasy) e questa preferenza indotta implica un mutamento di gestione e di approccio alla droga e alla tossicodipendenza.

Utilizzare queste droghe non assume più il significato di una trasgressione, ma si sta trasformando in un fatto personale vissuto all'interno di un contesto di preoccupante normalità per vincere la noia, mentre si conferma l'indebolimento di una cultura di resistenza e di contrapposizione a questo uso di droghe.

Obiettivi

Gli obiettivi da raggiungere riguardano la prevenzione, la cura ed il recupero delle tossicodipendenze e delle patologie alcool correlate e si articolano come segue:

1. Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi, pubblici e del privato sociale, del no profit, del privato, delle O.N.L.U.S., che costituisca punto di riferimento reale per tutti coloro che hanno problemi legati all'uso e/o abuso di sostanze e che sia in grado di rispondere, o concorrere a rispondere, o facilitare la risposta ai bisogni espressi da soggetti che si rivolgono ai Servizi stessi. Per favorire l'assistenza sanitaria del tossicodipendente, il Direttore Generale dovrà provvedere all'individuazione di appositi posti letto nell'ambito della propria rete ospedaliera".
2. Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi in grado di conoscere i molteplici aspetti della dipendenza da sostanze, nei modi e nelle forme in cui questa si sviluppa in generale e in ambito territoriale, e in grado di cogliere tempestivamente le trasformazioni e i cambiamenti del fenomeno.
3. Sviluppare e rafforzare un sistema di servizi in grado di informare e sensibilizzare sull'andamento della dipendenza da sostanze, e in grado di incidere sulla rappresentazione sociale del fenomeno.

4. Attivare tutte le risorse presenti sul territorio, che in forma coordinata ed integrata con il sistema dei servizi promuovano concretamente azioni di prevenzione volte alla conquista e/o al consolidamento del benessere fisico, psicologico e sociale della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di tecnologie innovative, nel campo della comunicazione e dell'informazione.

Si avverte l'esigenza :

- a. di una seria indagine epidemiologica che dia informazioni su :
 1. rapporto dei giovani con la struttura sociale dominante, i gruppi di sottocultura, le aspettative, le aspirazioni;
 2. rapporto tra desiderio e timore del reale;
 3. Stima della diffusione delle droghe;
 4. Immagine dell'uso delle droghe.
- b. di monitorare il fenomeno del disagio giovanile e dell'uso delle sostanze psicotrope e stupefacenti;
- c. di censire le risorse disponibili al fine di favorire la necessaria sinergia di azione fra tutti i soggetti interessati;
- d. di aggiornare programmi e progetti alle nuove esigenze;
- e. di un sistema di valutazione sull'impiego delle risorse.

Aggiornamento e formazione

La Regione cura la formazione integrata degli operatori e organizza, orientativamente ogni tre anni una Conferenza pubblica sulle tossicodipendenze al fine di presentare i dati sull'andamento del fenomeno, lo stato del sistema dei servizi e degli interventi svolti e dei risultati conseguiti, l'attuazione degli interventi previsti dalla regionalizzazione del Fondo Nazionale di lotta alla droga.

In relazione ai suindicati obiettivi può essere conseguito il risultato di contrastare la diffusione delle dipendenze da sostanze d'abuso, attraverso un'azione sinergica di tutti i servizi.

Nel periodo 1998-2001 la Giunta Regionale provvede ad assegnare alle Aziende USL, per le finalità indicate, la somma di Lire 13 miliardi in relazione alla presentazione di progetti che tengano conto delle necessità locali.

■ - TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI E DEI DISABILI (Aggiornamento)

GENERALITÀ

Il progetto-obiettivo aggiorna le indicazioni in merito agli interventi prioritari per la tutela della salute degli anziani e dei disabili, già contenute nel Piano Sanitario Regionale 1994/'96.

A tale proposito, non si può fare a meno di ricordare che il modello tradizionale, fondato essenzialmente sulle cure ospedaliere per le patologie acute e la medicina territoriale, non è in grado di soddisfare le esigenze di una fascia sempre più ampia di popolazione (anziana), affetta da malattie croniche e bisognosa di interventi non soltanto sanitari, ma anche sociali. E' allora necessario costruire un sistema di cure per offrire (all'anziano) una rete di servizi alternativi al ricovero ospedaliero.

I servizi previsti nella rete assistenziale specifiche (in particolare A.D.I. ed R.S.A.) devono essere entrambi attivati ed affiancare, con distribuzione territoriale omogenea, le strutture per acuti e lungodegenti.

FINALITÀ E OBIETTIVI

Le finalità del presente progetto-obiettivo possono essere così definite:

1. migliorare la qualità della vita dell'anziano e del disabile;
2. costruire un sistema di conoscenze dello stato di salute e dei bisogni delle fasce della popolazione che consenta una più adeguata programmazione degli interventi;
3. organizzare e coordinare le risorse del servizio sanitario e collegarle in modo funzionale con le istituzioni e le amministrazioni interessate, unificando e razionalizzando gli interventi.

Gli obiettivi del progetto sono:

1. caratterizzazione dei Presidi Ospedalieri di Pescara e Casoli per lo sviluppo delle attività medico-geriatriche, di terapia riabilitativa e di assistenza per lungodegenza;
2. sviluppo della rete di R.S.A. prevista nel presente Piano. La R.S.A., che è struttura extraospedaliera che ospita soggetti ultrasessantacinquenni e disabili non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza per patologie croniche o comunque stabilizzate, è in grado di offrire quegli interventi continuativi, sia di tipo terapeutico che riabilitativo e assistenziale, non erogabili a domicilio per problemi legati a carenza di un nucleo familiare idoneo all'assistenza, inadeguatezza strutturale dell'abitazione, solitudine, ecc.;

3. ulteriore diffusione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sul territorio regionale con particolare attenzione agli anziani e ai disabili con disturbi dello svuotamento vescicale. A tal fine le singole Unità Sanitarie Locali presentano, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, piani mirati di intervento alla Giunta Regionale - Settore Sanità - che provvederà a finanziarli con fondi finalizzati.

NUOVE SPERIMENTAZIONI

In considerazione dell'aumento della popolazione anziana e del crescente impatto sanitario e sociale di problematiche tipiche dell'età senile ed ancora poco conosciute sono da incentivare progetti obiettivi per patologie specifiche e studi su modalità di assistenza nuove.

In particolare è necessario procedere alla istituzione di un centro diurno per l'assistenza ai malati di Alzheimer presso l'Unità Operativa di Geriatria della U.S.L. di Chieti, già convenzionata con l'Università degli Studi "G. D'Annunzio".

Tale centro sarà localizzato nelle strutture del Centro di Scienze dell'Invecchiamento (CESI) nell'ambito di un progetto pilota di durata triennale, mirato alla ricerca di nuovi modelli di cura.

Per tale finalità la U.S.L. di Chieti e l'Università "G. D'Annunzio" stipuleranno apposito protocollo d'intesa per regolamentare i relativi rapporti.

Tale Centro sarà destinato alla attività diagnostica, alla riattivazione funzionale e alla riabilitazione dei pazienti affetti da demenza senile ed opererà in stretto collegamento funzionale con il nucleo Alzheimer della struttura di Penne.

- L'Azienda Sanitaria locale di Chieti e l'Università degli Studi G. D'Annunzio, avvalendosi delle competenze del consorzio Mario Negri Sud, in considerazione della realizzazione del centro di scienze dell'invecchiamento (CESI) e dell'Istituto di Tecnologie Avanzate Biomediche (ITAB), per le finalità e gli obiettivi di cui al punto 1-2 e 3 del progetto obiettivo Tutela della salute degli anziani (Piano Sanitario Regionale 1999-2001), realizzeranno, previa autorizzazione del Ministero della Sanità, un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico;
- L'Azienda USL di L'Aquila e l'Università degli Studi di L'Aquila, in considerazione della crescente prevalenza di patologie disabilitanti croniche nella Regione Abruzzo e della alta incidenza di costi economici e sociali che dette patologie determinano, viste le finalità e gli obiettivi del II Piano Sanitario Regionale, realizzeranno, previa autorizzazione del Ministero della Sanità, un Istituto di ricovero e cure a carattere scientifico nell'ambito tematico della "Riabilitazione Neuro-motoria, malattie professionali e sindromi dolorose croniche".

La Giunta Regionale provvederà all'adozione di tutti gli atti necessari per l'attivazione dei suddetti Istituti di ricovero e cure a carattere scientifico.

FINANZIAMENTO

Per la realizzazione del presente progetto-obiettivo la Giunta regionale provvede a finalizzare, per ciascun anno del triennio apposite somme nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale ed al riguardo vedasi il prospetto riepilogativo dei finanziamenti assegnati ai progetti obiettivo.

Parte Sesta
IL SISTEMA DEI CONTROLLI
E LA PROMOZIONE DI QUALITÀ

■ - IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Un sistema di controlli deve essere inteso come uno strumento per il governo del servizio sanitario e una funzione diffusa che coinvolge, in diverso grado e con livelli non uniformi di responsabilità, tutti gli operatori sanitari.

Deve inoltre essere inteso come un **processo** attraverso il quale ci si assicura che gli obiettivi vengano raggiunti, con la prevista efficacia ed efficienza, processo fondato sulla programmazione e teso a migliorare costantemente la performance del sistema sanitario.

I decreti di riordino hanno avviato tale processo con l'indicazione di una metodologia (la VRQ; art. 10 D.L. 502/92) e con la successiva definizione di indicatori per l'autovalutazione, il monitoraggio e la verifica dell'efficienza gestionale, dei risultati conseguiti, della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie (DM 24.7.95; DM 15.10.96). Le azioni da intraprendere per l'implementazione del sistema risultano sinergiche, cioè potrebbero avere un effetto moltiplicativo, proprio in quanto introducono nuove motivazioni nell'attività degli operatori, e coinvolgono attori diversi.

Resta comunque fermo il controllo sugli atti delle Aziende Unità Sanitarie Locali ai sensi della vigente normativa in materia. La decorrenza dei termini connessa all'attività di controllo sugli atti delle A.USL prevista nelle Leggi Regionali è sospesa dall'8 al 22 agosto e dal 23 dicembre al 1° gennaio di ogni anno.

■ - CONTROLLI DI RISULTATO

Il più significativo controllo dei risultati conseguiti dal servizio sanitario regionale è quello epidemiologico sullo **stato di salute della popolazione**. L'analisi su base annua dello stato di salute della popolazione attraverso i parametri classici utilizzati a questo scopo (mortalità, morbosità rilevata di routine, anagrafe vaccinale, registro tumori regionale, registro regionale del diabete giovanile, registro degli handicaps, sistema informativo malattie infettive diffuse / Simid, osservatorio sulla sicurezza del lavoro, etc.) consente l'elaborazione della relazione sullo stato sanitario della popolazione, strumento di lavoro indispensabile per gli operatori sanitari e per la programmazione dell'offerta dei servizi.

Al fine di monitorare l'impatto dei servizi sanitari sulla salute della popolazione potrebbe essere utile avviare la rilevazione epidemiologica di variabili meno tradizionali quali la qualità della vita di gruppi selezionati di popolazione (malati di

particolari forme morbose, anziani, donne in gravidanza, adolescenti, etc.) e anche il fabbisogno di assistenza della popolazione in rapporto all'offerta di servizi.

Il confronto dell'andamento delle variabili misurate in anni successivi consente il controllo più significativo dell'attività del servizio sanitario regionale, ma consente anche di avviare una riflessione tra gli operatori per far riemergere il senso primario del loro agire e valorizzarlo sia in termini di rilevanza sociale ed etica che di prestigio e immagine.

Allo scopo di rendere operativa l'analisi dello stato di salute della popolazione, l'impegno maggiore è senz'altro richiesto dal coinvolgimento di ogni singolo operatore sanitario nell'attività epidemiologica. Pertanto un obiettivo del triennio 1999 - 2001 è quello di favorire la creazione di una rete di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta che in modo volontario, ed attuando modelli sperimentali, possano fornire dati sanitari su un campione statisticamente significativo di popolazione regionale in modo tale da realizzare un registro epidemiologico almeno su base distrettuale

La cultura del controllo si diffonde anche a partire dalla chiarezza nella definizione degli obiettivi, pertanto è opportuno che le singole Aziende provvedano a rendere espliciti e pubblicizzati gli obiettivi di risultato che si intendono conseguire.

Altri risultati rilevanti ai fini del controllo sono già oggetto di rilevazione e valutazione (prestazioni, ricoveri, etc.) ed è importante poterli confrontare con lo stato di salute, che è il prodotto vero del sistema sanitario.

■ - CONTROLLI GESTIONALI

La situazione dei servizi sanitari è certamente più normalizzata per ciò che concerne i controlli gestionali in quanto numerose elaborazioni teoriche e numerosi atti normativi sono stati prodotti sul tema.

I controlli gestionali dovranno essere completati dall'analisi di tre aree tematiche, in parte già considerate dalle norme, in parte da avviare sperimentalmente:

- la caratterizzazione dei processi sanitari di prevenzione, di diagnosi, di terapia, di riabilitazione, di assistenza: in altre parole la caratterizzazione dei processi "produttivi" del servizio sanitario. Tale caratterizzazione costituisce l'interfaccia tra il dato epidemiologico e l'analisi delle prestazioni, consente una valutazione di merito delle stesse oltre che uno studio della spesa farmaceutica, dei DRG etc.

- la soddisfazione degli utenti, per la quale è stato già emanato un pacchetto di indicatori; il controllo della soddisfazione degli utenti richiede la capacità di interazione con gli stessi a livello sanitario e a livello gestionale, il qual fatto

comporta l'avvio di procedure innovative, in fase di prima sperimentazione, nei servizi specificamente destinati all'ascolto, all'informazione, all'educazione dei cittadini utenti.

- l'analisi economica dei processi non solo nei termini già utilizzati per l'amministrazione, ma nei termini delle valutazioni costo utilità, costo efficacia, costo beneficio e le successive conseguenze in termini decisionali sui bilanci e sui budget.

- In questo processo costituiscono utili indicatori le indagini sull'attività ospedaliera tramite il sistema SDO/DRG e quelli sulla mobilità intra ed extra-regionale.

Il controllo dei processi sanitari dal punto di vista della individuazione delle fasi di svolgimento, dell'accettabilità per i cittadini utenti e della opportunità economica consente di completare in una logica di sistema i controlli già avviati sulla base di flussi informativi prescritti dalle norme e soprattutto consente di arricchirli di significato in termini di promozione della salute della popolazione.

Nel triennio 1999 - 2001 la Regione dovrà dotarsi degli strumenti in termini di risorse umane e di collaborazioni esterne attivate per svolgere tali controlli.

■ - IL SISTEMA DEGLI INDICATORI

Una serie di indicatori, suddivisi per aree di attività assistenziale e per ambito di interesse gestionale sono stati definiti in Decreti e costituiscono oggetto di rilevazione e analisi routinaria; un'altra serie di indicatori e traguardi, corrispondente agli obiettivi assunti a livello nazionale sarà individuata con progetti mirati.

Nel triennio, oltre a seguire l'evoluzione normativa al proposito, è necessario valutare l'utilità a fini gestionali e sanitari degli indicatori proposti, individuarne di migliori, collaudarne l'impiego. Infatti un aspetto non trascurabile di un sistema di indicatori è l'accettabilità da parte degli operatori e delle strutture che devono essere valutate.

La condivisione del metodo di misura di una attività o di una prestazione ne assicura l'impiego corretto e affidabile ed elimina distorsioni legate a interessi particolari. Pertanto la discussione del sistema degli indicatori e l'eventuale adattamento alle situazioni reali consentirebbe una più omogenea e diffusa cultura della verifica delle attività e del miglioramento della qualità delle prestazioni.

La gestione delle informazioni derivanti dall'applicazione degli indicatori dovrà trovare nell'apposita struttura del Settore Sanità della Giunta Regionale l'interfaccia con le informazioni di natura gestionale e sanitaria, secondo un processo che, partendo dalle metodologie attualmente già operative, conduce alla implementazione delle attività di controllo e valutazione. A tal fine sarà necessario intervenire con progetti, a livello aziendale e regionale per la definizione di modalità di valutazione

del grado di coerenza tra obiettivi e attività nei diversi ambiti. Tali progetti mirati sono sperimentazioni delle tecniche di rilevazione e degli indicatori necessari a completare il sistema dei controlli.

■ - L'AUDIT E LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ

L'audit è un approccio sistematico, formalizzato e volontario di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza che si è sviluppato nei Paesi di lingua e cultura anglosassone. Riguarda gli aspetti medici dell'assistenza e può comprendere la componente infermieristica. Consiste essenzialmente nella revisione retrospettiva della pratica professionale con l'obiettivo di individuarne le opportunità di miglioramento e di introdurle nella pratica professionale. Può essere riassunto in questi cinque punti:

- _ definizione dei dati di attività
- _ raccolta dei dati di attività
- _ confronto della performance con i criteri predefiniti
- _ introduzione dei cambiamenti clinici e organizzativi necessari per migliorare la qualità
- _ rivalutazione della performance.

L'intero processo è basato sull'adesione volontaria e l'impegno della Regione consiste nella incentivazione delle forme di applicazione delle tecniche di verifica e revisione di qualità attraverso il riconoscimento dei miglioramenti conseguiti in ogni ambito e attraverso l'avvio di processi di confronto e di raggiungimento dell'uniformità delle procedure e degli indicatori tra le diverse aziende e tra diversi ambiti operativi.

Tutto ciò potrà essere validamente guidato dalla Commissione regionale per la VRQ integrata da un rappresentante nominato da ogni Ordine dei Medici provinciale e da un rappresentante per ogni Albo professionale o Collegio. Le forme di promozione dell'applicazione della VRQ e dell'audit medico e clinico potranno utilmente comprendere l'organizzazione di una conferenza annuale sulla qualità nei servizi sanitari nella quale dare voce agli operatori e documentare i progressi nell'estensione dell'applicazione della metodologia.

Al fine di accrescere la qualità dei servizi sanitari, la Regione Abruzzo, attraverso gli organismi esistenti e le Aziende Sanitarie locali provvede a:

- 1) disegnare il quadro di riferimento per la qualità nei servizi sanitari regionali (servizi, processi, indicatori di qualità);
- 2) rilevare gli elementi che caratterizzano ciascuna struttura sanitaria (pubblica e privata) in relazione al quadro di riferimento;
- 3) individuare le aree di eccellenza per ogni singola componente e formalizzare gli elementi che determinano la qualità;
- 4) diffondere modelli di eccellenza presso tutte le strutture sanitarie stabilendo un piano di miglioramenti per ciascuna struttura alla luce della situazione rilevata;
- 5) operare un costante monitoraggio sul processo di miglioramento, individuando i nuovi livelli di eccellenza e fornendo un continuo feed-back propositivo a tutte le strutture.

I risultati di questo intervento costituiranno indicazione necessario per l'approntamento del sistema di certificazione dei servizi sanitari regionali.

Parte Settima
LE RISORSE

**■ - DISCIPLINA DEL FINANZIAMENTO, DELLA GESTIONE
PATRIMONIALE ED ECONOMICO - FINANZIARIA
DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE**

LO SCENARIO NORMATIVO DELLA L.R. 146/96

La legge regionale 24.12.1996, n. 146, concernente "Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio sanitario regionale, in attuazione del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" così come modificato dal decreto legislativo 7.12.1993 n. 517", integra e completa l'intervento legislativo di riforma del servizio sanitario regionale avviato con la legge regionale 25.10.1994, n. 72 "Piano sanitario regionale 1994/1996".

Detta normativa introduce nuovi meccanismi di finanziamento ancorati al criterio della quota capitaria, della compensazione delle prestazioni sanitarie rese a cittadini residenti in ambiti territoriali diversi da quello di residenza, l'avvio di logiche tariffarie, nonché l'attribuzione di ampie ed articolate autonomie alle strutture operative con la connessa responsabilità economica, sono tutti elementi che avvalorano e realizzano la scelta del legislatore nel cambiamento dell'organizzazione della sanità pubblica.

Una delle scelte operate dal legislatore in modo significativo è stata il pieno riconoscimento dei principi e dei criteri dell'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali.

Il processo di aziendalizzazione non poteva non trovare, quindi, un ulteriore momento cardine nella conseguente innovazione dell'assetto programmatico, contabile gestionale e di controllo di tali organizzazioni.

E' stato pertanto necessario costruire nel senso indicato il quadro normativo regionale sopra richiamato che rappresenta il superamento delle vecchie logiche e dei tradizionali modelli gestionali di controllo.

In tale contesto si interpreta il controllo di cui all'articolo 20 della suddetta legge regionale 146/96 nel senso che esso non è soggetto alle norme generali che regolano il controllo sugli atti, ma è da configurare quale attività che deve essere diretta a conformare il bilancio adottato dall'Azienda USL ai seguenti principi:

- a) adeguamento agli indirizzi programmatici della Regione, di cui all'articolo 7, comma 1, della L.R. n. 146/96;
- b) adeguamento al quadro delle risorse finanziarie complessivamente a disposizione del S.S.R. di cui all'articolo 20, comma 8, della L.R. 146/96;
- c) adeguamento ai criteri di gestione di cui all'art. 4 della L.R. 146/96;

che infatti il Bilancio economico preventivo annuale di cui all'art. 20 di detta L.R. n. 146/96 costituisce un atto "in fieri", con l'apporto, dopo la sua adozione da parte della USL, anche del contributo regionale in sede di esame del Bilancio approvato dalla U.S.L., mediante azioni volte ad istruire il provvedimento di approvazione, ai sensi dell'ultimo periodo del comma 7 di detto articolo 20;

Pertanto resta confermato che la normativa in ordine al controllo sugli atti delle USL si applica, relativamente al Bilancio di previsione ed alle variazioni del Bilancio, solo nella contabilità finanziaria, per cui non è più applicabile in quella economica prevista dalla L.R. 24/12/1996 n. 146.

L'approvazione del Bilancio economico preventivo annuale di cui all'art. 20 della L.R. 146/96 non è da intendere quale provvedimento adottato nell'esercizio dell'attività di controllo ai sensi della normativa generale che regola il controllo sugli atti. La suddetta approvazione deve essere intesa, invece, quale procedura che tende a riconoscere, mediante atto formale della Giunta Regionale da emanarsi entro il termine di cui al comma 7 dell'art. 20 della L.R. n. 146/96, conformi i Bilanci economici preventivi annuali ai principi dell'art. 7, comma 1, dell'art. 20, comma 8, e dell'art. 4 della L.R. n. 146/96.

La mancanza della manifestazione di volontà della Giunta Regionale entro il termine di cui al precedente punto, comporta l'automatica approvazione del Bilancio economico preventivo annuale, così come previsto dalla lettera b) del comma 7 della L.R. n. 146/96.

In ogni caso, la suddetta approvazione non conferisce valore autorizzativo al Bilancio economico preventivo annuale, nel senso indicato in premessa. Sono eliminate all'art. 94, comma 2°, della legge regionale 16.6.1980, n.53 le parole "il conto del patrimonio".

Nelle more dell'approvazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001, la Giunta Regionale può adottare provvedimenti conformi alla richiamata interpretazione del citato art. 20 della L.R. 24-12-1996 n. 146.

Il contenuto fondamentale di detta legge regionale è rintracciabile nella ridefinizione del complessivo assetto programmatico, gestionale, contabile e di controllo in cui dovranno operare tutte le strutture regionali e territoriali che concorrono al funzionamento del servizio sanitario della Regione Abruzzo a far data dal 1 gennaio 1998. Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria sono necessarie al fine di evitare che si possano determinare situazioni di squilibrio non più superabili con provvedimenti di sanatoria a "piè di lista".

Allo stesso modo, la graduale realizzazione dei distretti sanitari di base, il potenziamento delle strutture ospedaliere e la realizzazione di altre strutture sanitarie sono rigorosamente previste nel presente Piano sanitario regionale, con espresso riferimento al volume effettivo delle risorse disponibili per gli investimenti, nel rispetto di un vincolo coerente di subordinazione sia sotto l'aspetto quantitativo sia con riferimento ai tempi tecnici di realizzazione delle opere di acquisizione delle risorse finanziarie ad esse destinate.

Le modalità di finanziamento delle Aziende USL, attualmente in vigore, sono basate sui criteri stabiliti dalla citata Legge regionale 146/96 e cioè per quota capitaria tenendo conto della mobilità sanitaria.

Detti parametri possono essere integrati con altri in relazione a specifiche esigenze e situazioni, ciò al fine di evitare le incongruenze ed i conseguenti riflessi negativi sui livelli assistenziali da garantirsi alla popolazione che deriverebbero dalla utilizzazione di criteri diversificati.

Proprio in considerazione di ciò, il presente Piano prevede, in aggiunta ai parametri già stabiliti con la vigente legge regionale 146/96, sei ulteriori parametri ricavabili:

- a) dal numero dei posti letto attivati nei presidi ospedalieri delle USL;
- b) dalle risultanze dei controlli gestionali;
- c) dalla popolazione pesata;
- d) dalla presenza dell'Università di medicina;
- e) dall'ampiezza del territorio;
- f) dalle caratteristiche montane del territorio (legge 97/94).

Nell'ottica di incentivare il rientro nel parametro prefissato del 5.5 p.l. per mille abitanti, il primo parametro va considerato in modo premiante per quelle ASL che hanno già conseguito una riduzione di posti letto che le collochino all'interno del parametro stesso.

L'introduzione del secondo parametro è invece diretta conseguenza della nuova contabilità analitica articolata per centri di costo, che una volta a regime consentirà, attraverso lo strumento dei controlli di gestione, di fissare degli standards medi di produttività e di costi da utilizzare anche per i finanziamenti.

L'introduzione del terzo parametro deriva dal maggior peso in termini di consumi sanitari della popolazione anziana rispetto a quella meno anziana.

L'introduzione del quarto parametro è diretta conseguenza della presenza, nell'ambito territoriale dell'Azienda Usl, della Facoltà di Medicina dell'Università.

L'introduzione del quinto parametro deriva dai maggiori oneri conseguenti al rapporto tra la popolazione residente e l'ampiezza del territorio per assicurare uniforme assistenza sanitaria a tutti i cittadini

Per il finanziamento di attività specifiche, e/o per fronteggiare esigenze impreviste, è previsto all'art. 14 della legge regionale n. 146/96, l'accantonamento del 4% del FSR - parte corrente - che può essere utilizzato con apposito atto deliberativo della Giunta Regionale sentita la competente Commissione Consiliare all'incremento del patrimonio netto delle Aziende USL.

RICADUTA ECONOMICA DELLA MANOVRA

I criteri sopra esposti dovranno essere assunti dalla Regione non solo come punti chiavi per la riorganizzazione - razionalizzazione dell'intero sistema sanitario

regionale, ma anche come fondamentali punti di riferimento per la politica degli investimenti in conto capitale.

Infatti, in vista di un così profondo processo di revisione delle dotazioni, appare indubbiamente opportuno, specialmente nel breve termine, considerare ed eventualmente riconsiderare le politiche di investimento da attuare prioritariamente nell'ambito dei servizi ospedalieri.

La manovra di riorganizzazione - razionalizzazione della rete ospedaliera regionale da attuare sulla base dei sopra esposti criteri guida, oltre a comportare un notevole sviluppo della qualità dei servizi ospedalieri, è contestualmente orientata a favorire il rientro della spesa, connessa al funzionamento di tali servizi, nelle compatibilità fissate dallo Stato con la recente legislazione in materia finanziaria.

Più specificatamente, considerando che i costi di funzionamento degli ospedali pubblici, hanno assorbito, nel 1997, circa 1.100 miliardi di lire, la manovra ipotizzata porterebbe, relativamente a tale compito, ad un taglio di spesa quantificabile nell'ordine di 90 miliardi di lire annui.

Tale cifra era risultante di un calcolo teorico dei risparmi ottenibili dalla riduzione dei posti letto delle strutture ospedaliere.

Per quanto riguarda i DSB da attivare, i costi relativi alla costruzione delle relative strutture sono assicurati dai finanziamenti previsti dall'art. 20 della legge 67/88, mentre i costi di gestione e funzionamento possono essere fronteggiati, per la massima parte, con i fondi attualmente utilizzati dalle USL a tali fini e per la restante parte con le economie derivanti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera.

Ovviamente il risparmio teorico sarebbe maggiormente elevato rapportando la dotazione delle strutture ospedaliere prefigurata dalla proposta di razionalizzazione e riorganizzazione alla dotazione prevista dal Piano PSR.

Una quota di risparmio è poi configurabile anche con riferimento ai criteri precedentemente proposti relativamente al comparto privato convenzionato.

A regime, con la piena attuazione della manovra di Piano, sono stati stimati risparmi per complessivi 20 miliardi di lire annui dovuti a:

- _ riduzione dei posti letto convenzionati;
- _ riconversione totale degli ex ospedali psichiatrici in strutture per il potenziamento dei servizi psichiatrici territoriali.

Le economie derivanti da tale manovra dovrebbero garantire sia la estensione della rete dei distretti, naturalmente graduata nel tempo, sia l'istituzione di centri regionali per attività sanitaria di alta qualificazione.

Il fabbisogno finanziario presuntivo per le tre annualità di Piano risulta:

⇒ 1999 lire 2.474 miliardi

⇒ 2000 lire 2.518 miliardi

⇒ 2001 lire 2.555 miliardi

stimato sulla base degli impegni programmatici assunti con il presente Piano Sanitario Regionale.

Allo stato, le quote capitarie definite dal recente Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 non risultano sufficienti al fabbisogno finanziario per la Regione Abruzzo, così come appare sotto stimato l'intero Fondo Sanitario Nazionale.

Tali quote derivano dal prodotto della quota capitaria per il numero dei residenti al lordo delle entrate proprie delle Aziende USL per autofinanziamento e della quota di mobilità interregionale passiva per tipologia di prestazione.

Le predette quote vanno ripartite in quattro grandi settori di attività e per le principali funzioni di spese come di seguito specificate, ma sempre considerate nella loro globalità come quota indistinta, secondo i livelli di assistenza indicati nel citato Piano Sanitario Nazionale.

Nel rispetto delle finalità e degli strumenti illustrati nel presente Piano, la direzione di marcia cui le Aziende USL devono uniformare la loro attività è rivolta:

- ◆ ad **accrescere** la spesa per le attività di prevenzione collettiva (da £. 104 mld del 1996 a £. 166 mld del 2001);
- ◆ ad **accrescere** la spesa per l'assistenza sanitaria di base (da £. 709 mld del 1996 a £. 854 mld del 2001). E' poi da sottolineare che le due voci "prevenzione collettiva" e "assistenza sanitaria di base" passano dal 37,86% del 1996 a circa il 40% della media del triennio di Piano;
- ◆ a **qualificare** la spesa ospedaliera pubblica (da £. 995 mld del 1996 a £. 1.181 mld dell'ultimo anno del triennio di Piano);
- ◆ a **ridurre** quella sostenuta presso le strutture ospedaliere private accreditate (da £. 220 mld del 1997 a £. 201 mld del 2001);
- ◆ a **contenere** la spesa per attività di supporto e servizi generali (da £. 97 mld del 1996 a £. 101 mld del 2001);
- ◆ ad **aumentare** sensibilmente la spesa per gli obiettivi di Piano (da £. 26 mld del 1996 ad oltre £. 56 mld del 2000)

Il pieno dispiegamento dell'intera manovra programmatoria, a cominciare dallo sviluppo dell'attività di prevenzione individuale e collettiva nel campo delle attività e del controllo di gestione su quello dell'adeguamento "aziendale" delle USL, potrà liberare, nell'arco del triennio, risorse economiche oggi assorbite dagli interventi diagnostico-terapeutici e implementare quelli destinati agli obiettivi di Piano e ai progetti-obiettivo regionali ed a quelli che potranno essere assunti con i Piani Strategici delle Aziende:

Una ulteriore indicazione programmatoria da attuare è quella contenuta nel recente Piano Sanitario Nazionale, cui si potrà far fronte con i fondi messi a disposizione a livello nazionale.

PROGETTI OBIETTIVO		Esercizio 1999	Esercizio 2000	Esercizio 2001	Totale del triennio
1	DISTRETTI SANITARI DI BASE	12.000.000.000	10.000.000.000	10.000.000.000	32.000.000.000
2	TUTELA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO	5.000.000.000	5.000.000.000	5.000.000.000	15.000.000.000
3	PREVENZIONE PRIMARIA	2.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000	8.000.000.000
4	TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI E DEI DISABILI				
	R.S.A.	10.000.000.000	10.000.000.000	10.000.000.000	30.000.000.000
	A.D.I.	5.000.000.000	5.000.000.000	5.000.000.000	15.000.000.000
5	TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEI SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA	1.400.000.000	1.400.000.000	1.400.000.000	4.200.000.000
6	PROGETTO SANGUE – Centri trasfusionali	1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000	4.500.000.000
7	DIPENDENZE	3.000.000.000	5.000.000.000	5.000.000.000	13.000.000.000
8	TUTELA DELLA SALUTE MENTALE	10.000.000.000	12.500.000.000	12.500.000.000	35.000.000.000
9	RANDAGISMO	1.000.000.000	2.000.000.000	2.000.000.000	5.000.000.000
10	UMANIZZAZIONE DELLA SANITA'	450.000.000	450.000.000	450.000.000	1.350.000.000
11	PREVENZIONE ONCOLOGICA (COLON)	1.500.000.000			1.500.000.000
12	PROG. OBIETTIVO REGIONALE SCREENING MAMMELLA	1.500.000.000	4.500.000.000	4.500.000.000	10.500.000.000
13	MONITORAGGIO DEI SERVIZI SANITARI	2.500.000.000			2.500.000.000
14	SICUREZZA DELLE STRUTTURE SANITARIE	Finanziamento art.20			
15	PROGETTO OBIETTIVO REGIONALE DI EDUCAZIONE SANITARIA	1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000	4.500.000.000
16	PROG. OBIETT. REG.LE PREVENZIONE DELLA SALUTE CAVO ORALE	1.000.000.000	1.000.000.000	1.000.000.000	3.000.000.000
17	INCREMENTO QUALI-QUANTITATIVO DELLE PRESTAZIONI PER MEZZO DELLA FACILITAZIONE DELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI CON RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	2.000.000.000	3.000.000.000	5.000.000.000	10.000.000.000
TOTALE GENERALE		61.350.000.000	65.850.000.000	67.850.000.000	195.050.000.000

■ - IL PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI REGIONALE IN EDILIZIA SANITARIA

La Regione Abruzzo ha adempiuto nei termini ultimi fissati dalle disposizioni emanate in materia a tutti gli adempimenti occorrenti per accedere al finanziamento di cui al programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria di cui all'art.20 della legge n.67/1988 (Primo triennio), approvando i progetti esecutivi delle opere per un importo complessivo di lire 279 miliardi circa. Per tali opere sono state attivate e/o in corso di espletamento le relative procedure di appalto.

Il Consiglio regionale nella seduta del 23 settembre 1997 con atto n. 69/3 ha approvato "Il programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria della Regione Abruzzo - art.20 legge 67/1988" relativo alla seconda fase (2° e 3° triennio) per un importo complessivo pari a lire 608 miliardi circa.

In tal modo la Regione ha programmato interventi in "edilizia sanitaria" per l'ammontare complessivo di lire 887 miliardi circa.

I relativi adempimenti sono posti in essere da un apposito Servizio denominato "Edilizia Sanitaria", che, con la presente legge, viene istituito presso il Settore Sanità.

In particolare il programma relativo alla seconda fase (2° e 3° triennio) mira sostanzialmente a due obiettivi principali:

■ RIQUALIFICAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE

- **ultimazione dei nuovi presidi ospedalieri di Chieti e L'Aquila**, attraverso il completamento delle opere in corso e la definitiva dotazione delle necessarie attrezzature finalizzata all'ammodernamento tecnologico;

- **potenziamento dei restanti presidi ospedalieri attivati**, comprendente in primo luogo la messa a norma degli impianti, la dotazione delle attrezzature e l'umanizzazione dei reparti mediante il miglioramento degli aspetti alberghieri e dell'accoglienza.

- **costruzione del nuovo Presidio Ospedaliero di Vasto**

Tale intervento rappresenta l'unica soluzione idonea, auspicata peraltro dagli Enti interessati, (Comune ed AUSL) per garantire all'utenza una qualificata assistenza ospedaliera.

Infatti, la localizzazione dell'attuale sede, oltre che risentire della mancanza di verde attrezzato, della rumorosità dovuta al traffico intenso della zona, della difficoltosa accessibilità per gli utenti e della assoluta inesistenza di parcheggi interni ed esterni, non ha lo spazio sufficiente per garantire i necessari ampliamenti di reparti e servizi per il richiesto adeguamento ai requisiti minimi di funzionalità.

■ **COMPLETAMENTO DELLA RETE DELLE STRUTTURE TERRITORIALI**

- **Aggiornamento migliorativo della rete dei servizi** già previsti nel primo triennio anche attraverso la previsione di interventi innovativi in particolare nel campo della salute mentale, della riabilitazione e della prevenzione.

- **Potenziamento della rete delle Residenze Sanitarie Assistenziali "RSA" per anziani e per disabili** sulla base della "domanda" emersa, destinata ad aumentare, in un quadro programmatico che tiene conto del complesso dei servizi sanitari ed assistenziali rivolti a tale particolare utenza.

Nell'ambito dei p.l. delle R.S.A. di Montereale, ubicata nella Usl di L'Aquila, è istituito un nucleo residenziale alzheimer di n. 20 p.l..

■ **COMPLETAMENTO DI INTERVENTI DI INTERESSE REGIONALE**

- **L'informatizzazione dell'anagrafe canina** estesa su tutto il territorio regionale

- **L'informatizzazione del sistema di urgenza ed emergenza sanitaria facenti capo al numero telefonico nazionale "118".**

COMITATO DI BIOETICA

E' istituito presso l'assessorato alla Sanità il Comitato di Bioetica. Le funzioni e la composizione saranno disciplinate da apposita legge regionale.