



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 24/04/2009

ADDI' 24/04/2009 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	MANCINI	Claudio	Assessore
		Vice			
MONTINO	Eslerino	Presidente	MARUCCIO	Vincenzo	"
AS TORRE	Bruno	Assessore	NIERI	Tarqi	"
COPPOTELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	SCALIA	Francesco	"
DALIA	Francesco	"	TIBALDI	Alessandra	"
DE ANGIELIS	Francesco	"	VALETTINI	Daniela	"
DI CARLO	Mario	"	ZARATI	Filiberto	"
FICHERA	Danielo	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Paolo IACONIS

***** OMISSIS

ASSISTI: MARRAZZO DI CARLO MANCINI

DELIBERAZIONE N. 262

Oggetto:

Approvazione documento concernente: "Rapporto Strategico per gli interventi Sanitari e La Gestione delle Emergenze Psichiatriche in Ptà Evolutiva nella Regione Lazio".



262 24 APR. 2009 M

OGGETTO: Approvazione documento concernente: "Rapporto Strategico per gli Interventi Sanitari e la Gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio".



LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Vice Presidente della Regione Lazio;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni, concernente "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale";

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

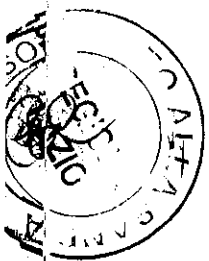
VISTO il decreto T0052 del 13/02/2009;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento (art.6);

- la stipula - in relazione a quanto disposto dall'art. 1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004 - con i Ministri dell'Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (art.8);



VISTE

le Deliberazioni della Giunta Regionale:

- n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 311/2004" finalizzata, attraverso l'individuazione di specifici obiettivi di risanamento, a riportare il Servizio Sanitario Regionale in condizioni di equilibrio economico finanziario nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza;

- n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro" che prevede l'adozione di provvedimenti che riorganizzano e razionalizzano la rete ospedaliera;

VISTO

il DPR del 7/4/94 "Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994-96";

VISTA

la DGR n. 4871 del 29/09/1998 "Progetto tutela salute mentale in età prescolare e progetto di intervento nella crisi in età preadolescenziale e adolescenziale";

VISTO

il DPR del 10/11/99 concernente il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998/2000, che individua la salute mentale fra le tematiche ad elevata complessità e per la quale si ritiene necessaria l'elaborazione di specifici atti di indirizzo e di strategie complessive, mirate alla tutela della salute della popolazione nelle varie fasi del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, età giovanile, età adulta, età avanzata) ecc..;

VISTA

la DGR n. 674 del 07/03/2000 concernente: "Approvazione progetto obiettivo regionale - Promozione e tutela della salute mentale in età evolutiva 2000-2002";

VISTA

la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 114 del 31/07/02 "Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 - PSR" che nell'Area di Intervento 3 - Promozione della salute mentale in età evolutiva cita: "la questione dell'emergenza psichiatrica in preadolescenza e adolescenza (12/18) rappresenta un problema aperto nel panorama sanitario regionale...., è necessario attuare un intervento che tenga conto delle peculiarità e specificità delle esigenze di questa fase della vita...";

VISTO

il Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 che cita: "I problemi relativi alla salute mentale rivestono, in tutti i Paesi industrializzati, un'importanza crescente, perché la loro prevalenza mostra un trend in aumento e perché ad essi si associa un elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali, che pesa sui pazienti, sui loro familiari e sulla collettività....; recenti studi hanno documentato che molti disturbi mentali dell'età adulta sono preceduti da disturbi dell'età evolutiva-adolescenziale, in particolare l'8% circa dei bambini e degli adolescenti presenta un disturbo mentale, che può determinare difficoltà interpersonali e disadattamento; non va dimenticato che il suicidio rappresenta la seconda causa di morte tra gli adolescenti....";



262 24 APR. 2009 M

VISTO

il Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 che cita: "Uno dei problemi più critici del paese, è quello della disabilità, intesa come difficoltà grave ad espletare almeno una delle attività della vita quotidiana, si può calcolare che i portatori di disabilità sono circa il 16-20% della popolazione scolastica. Questi soggetti sono affetti prevalentemente da problematiche neuropsichiche o comportamentali gravi, che richiedono un forte impegno a livello sanitario e sociale...." ed in particolare evidenzia le criticità esistenti, quali: "forte rischio per molti servizi di non soddisfare le richieste di cura, interruzioni non concordate del programma terapeutico riabilitativo, scarsa conoscenza nella popolazione delle malattie mentali in genere e delle possibilità di trattamento...." e gli obiettivi da raggiungere "implementare i protocolli di collaborazione fra servizi per adulti e servizi per l'età evolutiva, per garantire la continuità terapeutica nel trattamento dei disturbi mentali dell'infanzia e dell'adolescenza";

CONSIDERATO

che, la salute mentale è una componente basilare della salute globale del cittadino e della popolazione, come recita la Dichiarazione di Helsinki: "Non c'è salute, senza salute mentale ... per i cittadini la salute mentale è una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo ed intellettuale nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa";

CONSIDERATO

altresi, che l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha calcolato che il peso delle malattie psichiatriche in termini di anni di vita sana perduti (DALYs) è attualmente attorno al 12.5% del totale e sarà al 15% nel 2020;

CONSIDERATO

che, circa il 40% della popolazione in età evolutiva residente nella Regione Lazio è compresa nella fascia di età 14/18 anni e, secondo quanto indicato in letteratura scientifica, si stima che le situazioni di emergenza psichiatrica incidono per lo 0,5% nella fascia 0-14 anni e per circa il doppio nella fascia 14-18 anni;

CONSIDERATO

altresi, che varie istituzioni quali: Tribunale dei Minori, Comune di Roma, Provincia di Roma, Centro di Giustizia Minorile, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), Associazioni dei Familiari, hanno richiesto una precisa e definitiva soluzione del problema relativo alla gestione delle situazioni di Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva nella Regione Lazio;

TENUTO CONTO

che il crescente incremento delle situazioni di disagio nell'età evolutiva negli ultimi 20 anni non ha trovato risposte adeguate nel Sistema Sanitario Nazionale e Regionale;

CONSIDERATO

che, al fine di definire un percorso assistenziale per dare risposte organizzate e congruenti al problema sopra rappresentato, è stato istituito presso la Direzione Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale un gruppo di lavoro multidisciplinare e multistituzionale, "Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva" con Atto di Organizzazione n. D4021 del 03/11/2006, con il compito di:

- definire dimensioni e caratteristiche del fenomeno;



- individuare le criticità ed i bisogni;
- definire le linee di indirizzo per l'accoglienza e la presa in carico delle patologie psichiatriche gravi in adolescenza ed il fabbisogno di strutture di appoggio e di ricovero nel territorio regionale;

che il suddetto gruppo di lavoro, ha prodotto il documento "Rapporto strategico per gli interventi sanitari e la gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio", che oltre a definire le linee programmatiche per la realizzazione di un modello di intervento finalizzato a pianificare i percorsi di cura dei minori, evidenzia in particolare:

- il numero attuale di posti letto dedicati è insufficiente rispetto al fabbisogno stimato. Tale condizione determina una carente risposta sanitaria alle condizioni di urgenza/emergenza per patologie psichiatriche. L'assenza o il dilazionarsi della risposta di assistenza può determinare un significativo peggioramento sia della condizione in atto che della prognosi a breve, medio e lungo termine;
- il fabbisogno minimo nella Regione Lazio è di almeno 8 posti letto dedicati all'assistenza delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva, da incardinare in una struttura ospedaliera collocata nell'area metropolitana della città di Roma, dotata di DEA di I o II livello;

CONSIDERATO

che, al fine di individuare la struttura in grado di dedicare 8 posti letto all'assistenza delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva e di programmare i relativi costi e risorse umane è stato istituito, presso la Direzione Programmazione Sanitaria Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro, un gruppo di lavoro con Determinazione n. D2001 del 06/06/2008;

CONSIDERATO

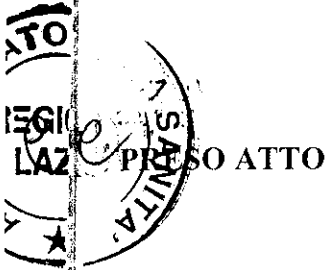
che il citato gruppo di lavoro ha effettuato un'analisi della situazione ed una ricognizione della disponibilità delle ASL e delle Aziende Ospedaliere nell'area metropolitana della città di Roma, all'attivazione di 8 posti letto di degenza ordinaria da dedicare all'assistenza delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva;

PRESO ATTO

altresi, che sono pervenute risposte positive dalle ASL RM/B e ASL RM/C che però al momento attuale sono vincolate dal processo di riequilibrio della rete ospedaliera regionale e più in particolare dagli interventi connessi all'applicazione del Piano di Rientro;

la necessità, per quanto sopradetto ed al fine di fornire precise ed omogenee indicazioni alle Aziende Sanitarie del territorio regionale, di:

approvare il documento "Rapporto strategico per gli interventi sanitari e la gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio" parte integrante e sostanziale del presente atto, che definisce le linee programmatiche per la realizzazione di un modello di intervento finalizzato a pianificare i percorsi di cura dei minori nell'ambito del problema Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva;



262 24 APR. 2009 M

PRESO ATTO

che la Direzione Regionale Programmazione Sanitaria provvederà con successivo atto alla pianificazione di un modello organizzativo, da realizzarsi attraverso le sinergie e le integrazioni interaziendali su base regionale, al fine di soddisfare il fabbisogno minimo pari ad almeno 8 posti letto dedicati all'assistenza delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva.

CONSIDERATO

che il presente atto non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali;

all'unanimità,

DELIBERA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate, di:

- approvare, al fine di fornire precise ed omogenee indicazioni alle Aziende Sanitarie del territorio regionale, il documento "Rapporto strategico per gli interventi sanitari e la gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che definisce le linee programmatiche per la realizzazione di un modello di intervento finalizzato a pianificare i percorsi di cura dei minori nell'ambito del problema Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva nonché il fabbisogno minimo pari ad almeno 8 posti letto.

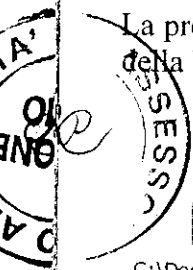
La Direzione Regionale Programmazione Sanitaria provvederà con successivo atto alla pianificazione di un modello organizzativo, da realizzarsi attraverso le sinergie e le integrazioni interaziendali su base regionale, al fine di soddisfare il fabbisogno minimo pari ad almeno 8 posti letto dedicati all'assistenza delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva.

La presente deliberazione verrà pubblica sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito web della Regione (www.regione.lazio.it).

IL VICE PRESIDENTE: F.to Esterino MONTINO
IL SEGRETARIO: F.to Paolo IACONIS

C:\Documents and Settings\10c00006\D

ROMA 23 APR. 2009



ALLEG. alla DELIB. N. 262 PR
DEL 24 APR. 2009



**Regione
Lazio**



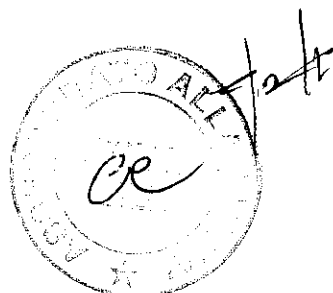
Direzione Regionale Programmazione Sanitaria

**Area Programmazione dei Servizi Territoriali e delle attività distrettuali e
dell'Integrazione Socio Sanitaria**

Gruppo di Lavoro Regionale Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva

Rapporto Strategico per gli Interventi Sanitari e la Gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio

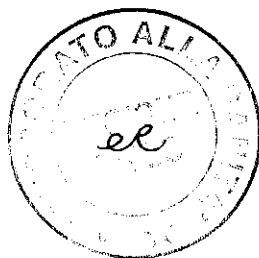
IL PRESENTE ALLEGATO SI
COMPONE DI N° 53 PAGINE.





Indice

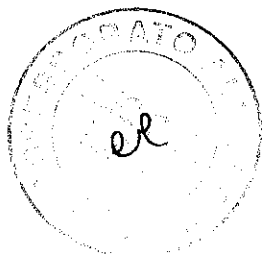
1. Introduzione	3
2. Situazione e livello di funzionamento attuale	5
3. Funzione delle strutture di Ricovero.....	9
4. Analisi strategica e proposte per la ridefinizione dei Fabbisogni di posti letto per Urgenze Psichiatriche e loro allocazione.....	12
5. Allocazione e requisiti strutturali e organizzativi per un nuovo reparto per l’Emergenza Psichiatrica in Adolescenza.....	15
6. Mission, Filosofia della Cura, Cornice normativa e Procedure Operative per l’implementazione della rete di Emergenza Psichiatrica Adolescenti in Adolescenza	17
7. Politiche di Prevenzione	21
8. Funzione della Rete dei Servizi TSMREE territoriali e delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali nell’Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva	23
9. Sintesi delle Evidenze e delle Raccomandazioni	25
10. Allegati e Tabelle.....	28
11. Bibliografia.....	49
12. Gruppo di Lavoro Regionale Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva	50





1. Introduzione

- 1.1. Negli ultimi anni il fenomeno della gestione dell'emergenza psichiatrica in età evolutiva, ha assunto caratteristiche di crisi per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Tale fenomeno si evince anche dal significativo aumento a livello nazionale del numero di ricoveri per disturbi psichici di minori dal 1999 al 2003 (ISTAT, 2006), in grave carenza di strutture dedicate e conseguente assenza di risposte adeguate.
- 1.2. Una urgente soluzione del problema relativo alla gestione delle situazioni di emergenza psichiatrica in Età Evolutiva nella Regione Lazio è stata richiesta dal Tribunale per i Minorenni e da altri stakeholders istituzionali: Comune di Roma, Provincia di Roma, Centro di Giustizia Minorile, Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA).
- 1.3. Accogliendo tali sollecitazioni, nel novembre 2006, l'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multistituzionale su "Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva" presieduto dal dott. V. Mantini Dirigente dell'Area Programmazione dei Servizi Territoriali e delle Attività Distrettuali e dell'Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio e coordinato dalla d.ssa M. Irene Sarti e dal dott. P. Marchetti.
- 1.4. Obiettivo del GdL regionale era quello di definire dimensioni e caratteristiche del fenomeno Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva all'interno dei cambiamenti della cornice teorico-clinica attraverso la:
 - a. ricognizione della situazione attuale a livello organizzativo e funzionale
 - b. individuazione di criticità e bisogni
 - c. definizione di linee di indirizzo per l'accoglienza e la presa in carico delle patologie gravi in adolescenza e del fabbisogno di strutture di appoggio e di ricovero nel territorio regionale.
- 1.5. Il GdL ha adottato una metodologia di lavoro improntata alla collaborazione tra Aziende Sanitarie, Enti Locali, Autorità Giudiziarie e Associazioni, atta alla ridefinizione dei percorsi di cura dei minori nell'ambito del problema emergenza psichiatrica in età evolutiva ; si è riunito 6 volte in seduta plenaria tra novembre 2006 e aprile 2007 e si è avvalso della partecipazione attiva di Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica.
- 1.6. Il GdL ha subito concordato: la opportunità di focalizzare i lavori sulla fascia di età compresa tra i 12 e i 18 anni e la necessità di considerare anche i livelli precedenti e successivi a quelli dell'emergenza/urgenza psichiatrica (pre- e post-acuzie), in modo da permettere la definizione di un progetto terapeutico basato sulle migliori opportunità e sulle risorse effettivamente disponibili, tale da ridurre al minimo l'esigenza e i tempi della degenza in acuzie.



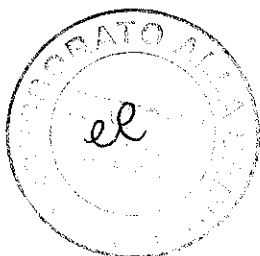


1.7. Il GdL ha stabilito di analizzare il fenomeno e di stabilire raccomandazioni e priorità strategiche secondo il modello di analisi SWOT (Strengths-Weakness-Opportunities-Threats, OMS, 2005).

1.8. Il GdL ha individuato 3 aree di indagine e suddiviso il gruppo nei seguenti tre sottogruppi:

- Prevenzione ed Epidemiologia;
- Strutture Ospedaliere, rapporti con il 118 e con le Autorità Giudiziarie;
- Strutture Semiresidenziali, Residenziali per la post-acuzie, progetti di integrazione socio-sanitaria (comunità, case famiglia).

I sottogruppi hanno lavorato separatamente utilizzando le sedute plenarie come luogo e momento di presentazione e integrazione dei lavori.





2. Situazione e livello di funzionamento attuale

- 2.1. Nella ricognizione epidemiologica il GdL ha dovuto risolvere alcuni problemi metodologici:
- Non disponiamo di un criterio univoco per definire l'emergenza psichiatrica in età evolutiva.
 - Non si possiedono valutazioni standardizzate che ci permettano di individuare la gravità dei quadri presentati in Pronto Soccorso (PS) o alla dimissione dal reparto.
 - I sistemi informativi correnti (Sistema Informativo per l'Emergenza Sanitaria: SIES, Sistema Informativo Ospedaliero: SIO) non forniscono informazioni sulle condizioni che hanno determinato l'evento ricovero o l'accesso in PS. Nel caso del ricovero sono state considerate anche le degenze in reparti diversi dalla NeuroPsichiatria Infantile (NPI).
 - Si può assumere una quota rilevante di domanda non espressa o non evidenziabile attraverso i sistemi informativi (ricoveri in strutture private non accreditate, uso di diagnosi non psichiatriche etc).
 - Occorre considerare la possibile migrazione della domanda verso sedi più ricettive (intra - o extra-regionali).
- 2.2. Nel 2005 (cfr. Allegato 1) erano operanti sul territorio regionale 4 reparti specialistici NPI (cod. reparto: 33) di degenza ordinaria per un totale complessivo di 30 posti letto. Di questi, 2 reparti (Policlinico Gemelli, Rep. 1 DSNPREE Policlinico Umberto I) erano incentrati su attività di assistenza per patologie neurologiche e 2 (Ospedale Bambin Gesù, Rep. 2 DSNPREE Policlinico Umberto I) per attività di diagnosi e assistenza per patologie psichiatriche per un totale complessivo di 12 posti letto riservati per l'assistenza psichiatrica per tutta la fascia dell'Età Evolutiva 0-17 anni.
- 2.3. Questi reparti svolgono complessivamente compiti generali di diagnosi e di trattamento delle patologie psichiatriche e/o neurologiche di tutta l'Età Evolutiva (0-17 anni); nessuno di questi reparti è interamente dedicato alla gestione dell'emergenza psichiatrica in adolescenza (12-17 anni).
- 2.4. I dati epidemiologici rilevati nel 2005 nella Regione Lazio indicano che gli accessi di minori con diagnosi principale psichiatrica ai Dipartimenti di Emergenza (Pronto Soccorso) è quantificabile in circa 2500 casi. Di questi solo l'1% viene ricoverato in un reparto di Neuropsichiatria Infantile; significativo (14%) è il ricorso al ricovero in reparti non specialistici.





- 2.5. Nel 2005 una stima conservativa del numero complessivo di ricoveri riferibili a condizioni di Emergenza Psichiatrica¹ per la fascia di età 12-17 in reparti che non erano di neuropsichiatria infantile ha individuato 123 casi. Di questi circa il 41,5% si trovava in un reparto pediatrico, 26% in un reparto psichiatrico per adulti (SPDC) e il resto in altri reparti medici e chirurgici (cfr. Allegato I, Tabella 5).
- 2.6. I dati forniti dall'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria A.R.E.S. 118 rilevano 120 richieste di intervento per urgenze psichiatriche per minori adolescenti per il solo anno 2006.
- 2.7. Dall'analisi della situazione attuale nelle due strutture ospedaliere dotate di posti letto NPI con vocazione preminentemente psichiatrica emerge un diverso profilo nelle modalità di assistenza e di target:
- a. Il reparto 2 del DSNPREE ha un target di fascia di età centrato sull'adolescenza (oltre il 90% dei ricoveri sono riferiti a ragazzi con più di 13 anni). Le diagnosi più rappresentate sono riconducibili al gruppo dei Disturbi di Personalità e dei Disturbi Psicotici. Il reparto, che ha 6 posti letto, nel 2005 ha effettuato 77 dimissioni riferite a 39 soggetti, con una degenza media di 26 giorni (mediana 21) e con un indice di occupazione medio dei posti letto pari al 91%.
 - b. Il reparto 1 OBG, nonostante tratti principalmente patologie riconducibili a disturbi psicotici (76,6% dei ricoveri), vede rappresentata principalmente la fascia di età compresa fra 0 e 13 anni (66%). Anche questo reparto ha 6 posti letto, ma in ragione di una degenza più breve (media 9,4 giorni, mediana 3) nel 2005 ha effettuato 197 dimissioni riferite a 151 soggetti, con un indice di occupazione medio dei posti letto pari al 84,7%.
- 2.8. L'analisi dei dati sopra citati evidenzia una differente tipologia assistenziale tra i due reparti. Il reparto 2 del DSNPREE appare particolarmente centrato sulla gestione e presa in carico della patologia psichiatrica della fascia di età adolescenziale. Il reparto 1 OBG ha invece un profilo più diversificato sia per l'età, sia per le patologie trattate – più raramente di specifica competenza psichiatrica – e la minore degenza media suggerisce un'enfasi rivolta principalmente al percorso diagnostico. Ne risulta che nella Regione Lazio solo 6 posti letto (quelli del reparto 2 del DSNPREE) sono dedicati al trattamento esclusivo di minori con patologia psichiatrica.

¹ **Criteria utilizzati:** tutte le dimissioni effettuate nel 2005 da reparti di degenza ordinaria presso ospedali del Lazio, le cui diagnosi principali confluiscono nei seguenti raggruppamenti: disturbi schizofrenici, psicosi affettive, altre psicosi, disturbi di personalità, abuso e dipendenze da sostanze (91 casi); tutti i ricoveri di minori presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della regione (32 casi).





- 2.9. Attualmente nella Regione Lazio non sono presenti strutture di ricovero private accreditate per il ricovero psichiatrico in età evolutiva. Nel corso del 2005 sono stati ricoverati 8 minori presso Case di Cura neuropsichiatriche della Regione; di questi 5 avevano 16 anni.
- 2.10. Un progetto di convenzione tra la ASL Roma D (Dipartimento di Salute Mentale Adulti) e la Casa di Cura “Villa Armonia Nuova” per il trattamento di condizioni psicotiche all’esordio, che prevedeva anche il ricovero di soggetti di età compresa fra 16 e 18 anni, non è attualmente attivo.
- 2.11. Il Gruppo di Lavoro è concorde nell’affermare che le due strutture di ricovero sopracitate e il numero di posti letto attuali sono insufficienti rispetto al fabbisogno stimato. Le caratteristiche funzionali di questi reparti (Rep. OBG e Rep. 2 DSNPREE Pol. Umberto I) non appaiono attualmente compatibili con l’accoglienza e la gestione sistematica di patologie psichiatriche acute in situazioni di urgenza. Risulta peraltro che entrambi i reparti facciano uso di liste di attesa con una durata media di circa 2 mesi per tutte le richieste di ricovero (le quali, in assenza di un raccordo con il circuito dell’emergenza territoriale, possono anche includere situazioni di urgenza). Una condizione di attesa per patologie psichiatriche gravi può determinare un significativo peggioramento della condizione in atto e un peggioramento della prognosi a breve, medio e lungo termine. Ad es., in adolescenza l’aumento del rischio al suicidio per pazienti non trattati è di circa 15 volte (Gould et al, 2003; Wichstrom 2000).
- 2.12. L’indisponibilità di posti letto in fase di acuzie e di ingestibilità del paziente minore determina attualmente:
- Ricovero in emergenza presso un reparto psichiatrico per adulti (SPDC): anche se in contrasto con le norme di legge si propone come una condizione frequente, data la carenza di posti letto di NPI. In tutta la rete dei nosocomi del Lazio è assente la consulenza esterna di uno specialista NPI così come assente è il coordinamento con la rete dei servizi territoriali di NPI, che interferisce pertanto con la necessaria continuità delle cure nella fase successiva alla condizione di emergenza. Il ricovero in un reparto psichiatrico per adulti espone il minore ad una condizione spesso traumatica, ed il bisogno di cura del minore e della sua famiglia non possono essere gestiti in modo appropriato.
 - Ricovero in emergenza presso un reparto di Pediatria: in presenza di patologie psichiatriche gravi con alterazioni comportamentali significative (ad es. stati di agitazione psicomotoria in soggetti con psicosi) la gestione del paziente è oltremodo problematica e rischiosa. Il mancato ricorso alla consulenza esterna di uno specialista NPI, condizione generalizzabile a tutte le strutture ospedaliere del territorio Laziale, determina un’inappropriatezza delle cure e un aumento del rischio psicopatologico (per es. nei tentativi di suicidio). L’assenza di un





collegamento con la rete con dei servizi territoriali di NPI determina, anche in questo caso, il fallimento della presa in carico nella fase successiva alla condizione di emergenza.

- c. Ricovero in emergenza presso altro reparto (Medico o Chirurgico) per adulti: in questi casi all'inappropriatezza delle cure si sommano la carenza di assistenza e l'aumento del rischio psicopatologico.
- 2.13. Le possibilità di accogliere ulteriori ricoveri per i due reparti sopracitati sono molto scarse: i dati sui flussi di attività per entrambi i reparti indicano un elevato tasso di occupazione dei posti letto (anno 2005).
- 2.14. In seguito all'apertura (2006-2007) del nuovo reparto SPDC adulti del Policlinico Umberto I, il numero di richieste per consulenze e ricoveri di adolescenti affluiti in Emergenza si è triplicato. Nello stesso periodo, al Policlinico Umberto I, è aumentato il ricovero presso reparti per adulti (SPDC) e reparti Pediatrici non specialistici di Adolescenti con prima diagnosi Psichiatrica. Ne consegue che, nel primo trimestre 2007, la lista di attesa nel Reparto 2 Policlinico Umberto I era di circa 8-10 settimane. Stesso quadro per il reparto dell'Ospedale Bambin Gesù.

Evidenza e Raccomandazioni 1:

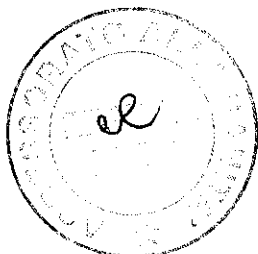
- I dati attuali indicano che esiste una sostanziale insufficienza nelle risposte al problema urgenza/emergenza psichiatrica in Et  Evolutiva.

Evidenza e Raccomandazioni 2:

- Una condizione di attesa per patologie psichiatriche gravi pu  determinare un significativo peggioramento della condizione in atto e un peggioramento della prognosi a medio e a lungo termine.

Evidenza e Raccomandazioni 3:

- Il numero di posti letto per bambini ed adolescenti con problemi psichiatrici nella Regione Lazio   insufficiente ed   diminuito nel corso degli ultimi dieci anni.





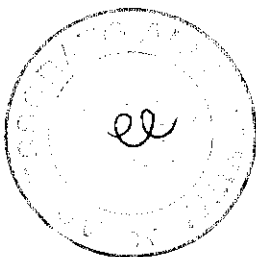
3. Funzione delle strutture di Ricovero

- 3.1. Complessivamente, la funzione svolta dai servizi territoriali di Tutela della Salute Mentale dell'Età Evolutiva (TSMREE) e – a livello ospedaliero e universitario – dai Servizi Ambulatoriali e di Day Hospital, rappresenta il *core* dell'intervento in Psichiatria Infantile. Alla funzione di prevenzione primaria e secondaria si affianca la funzione della flessibilità dell'assistenza all'interno del contesto di vita del minore e della sua famiglia, rappresentando in tal modo il modello più appropriato di presa in carico della psicopatologia dell'Età Evolutiva.
- 3.2. I TSMREE pongono tra i loro obiettivi programmatici la ricerca e l'erogazione di risposte mirate e funzionali alle diverse esigenze delle persone in difficoltà e delle loro famiglie, al fine di garantire interventi finalizzati all'integrazione, al potenziamento delle autonomie acquisite, al mantenimento delle abilità raggiunte, con priorità alle situazioni di maggiore gravità, così come definito dalle normative nazionali e regionali (Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, DPCM 29.11.2001 Livelli Essenziali di Assistenza, Leggi n. 104/1992, 162/1998, DGR n. 4871 del 29/09/1998 "Progetto tutela salute mentale in età prescolare" e "Progetto di intervento territoriale sulla crisi in età preadolescenziale e adolescenziale", DGR n. 114 del 31/07/2002 "Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 – PSR", DGR n. 650 del 03/10/2006 "Art. 123 della L.R. 28/04/06 n. 4 avente come oggetto Realizzazione di case famiglia per l'assistenza ai disagiati psichici").
- 3.3. Nella tutela della salute mentale in adolescenza l'intensità e la capacità di cura si devono conformare alla differenziazione ed alla complessità del bisogno, articolando le possibilità di risposta in livelli assistenziali di differente complessità.
- 3.4. Un numero relativamente piccolo di bambini e adolescenti può necessitare di una temporanea presa in carico ospedaliera sia per la definizione diagnostica e dei trattamenti, sia per il subentrare di condizioni di acuzie ed emergenza non altrimenti gestibili se non in regime di ricovero ospedaliero. In questi casi il ricovero rappresenta un fattore di cura e di protezione del minore rispetto ad un rischio attuale o evolutivo per la sua salute.
- 3.5. Alcune condizioni di sofferenza psichica possono produrre quadri così gravi, comportamenti ed emozioni così tipiche ed intense o livelli di disabilità al minore e alla sua famiglia talmente pronunciati da fare considerare il ricorso urgente alle cure in regime di ricovero ospedaliero. Esse rimandano principalmente a (APA, 1994):
 - a. Condizioni psicotiche di esordio come Disturbo Bipolare e Disturbi Schizofrenici (condizioni queste rare in età pediatrica ma che aumentano significativamente la loro





- incidenza in età puberale);
- b. Gravi Disturbi Depressivi;
 - c. Tentativi di Suicidio (il suicidio rappresenta la prima causa di morte nella fascia di età 0-18 negli USA e nella maggior parte dei paesi europei);
 - d. Gravi disturbi del comportamento in fase di acuzie;
 - e. Disturbi da Tossicodipendenze in fase di acuzie e di intossicazione;
 - f. Disturbi alimentari (i.e. Anoressia Nervosa) non trattabili o con grave rischio attuale di vita;
 - g. Gravi condizioni psicosomatiche;
 - h. Gravi condizioni invalidanti di Disturbo Ossessivo Compulsivo o di Fobia Complessa;
 - i. Condizioni di Disabilità Cronica (i.e. Ritardo Mentale) in cui insorgano gravi disturbi emozionali con discontrollo degli Impulsi e stato di Agitazione Psicomotoria;
 - j. Disturbi della Personalità in Adolescenza con discontrollo comportamentale.
- 3.6. In generale quei bambini e adolescenti che necessitano di un ricovero ospedaliero, rappresentano un cluster di pazienti con necessità complesse che attraggono più di una diagnosi neuropsichiatrica e che richiedono una accurata attenzione per garantire la minimizzazione dell'impatto della condizione patologica sul loro sviluppo.
- 3.7. Il lavoro di rete e l'integrazione tra strutture territoriali e ambulatoriali, day-hospital, comunità terapeutiche e strutture ospedaliere di ricovero in emergenza rappresentano la preconditione fondamentale per una corretta assistenza e cura delle condizioni di emergenza psichiatrica in Età Evolutiva. Il corretto funzionamento delle strutture territoriali rappresenta un filtro di prevenzione dell'aumento della morbilità nella psicopatologia in grado di ridurre le situazioni di acuzie e il bisogno di ricovero ospedaliero. D'altro canto, la presenza di una rete non ospedaliera - Strutture Semiresidenziali e Residenziali (CDT, RTP, CT) per la pre- e post-acuzie- efficiente può rappresentare e rappresenta un fattore di maggiore sensibilità e riconoscimento delle condizioni di bisogno complesso che necessitano di ricovero e che prima sfuggivano all'identificazione ed alla proprietà di trattamento.
- 3.8. I servizi di ricovero devono essere una risorsa clinica non solo per le condizioni di emergenza. Tali presidi rappresentano infatti una linea fondamentale nella filiera della presa in carico del bambino e del minore con situazioni cliniche complesse. Negli ultimi anni in particolare la necessità di iter diagnostici complessi ed il ricorso a trattamenti psicofarmacologici ha indotto una trasformazione del paradigma di cura di bambini e adolescenti con gravi disturbi psicopatologici. In questo senso la presenza di reparti ospedalieri di ricovero con personale medico e paramedico altamente specializzato rappresenta una risorsa strategica indispensabile per una presa in carico globale del bambino e dell'adolescente con disturbo psicopatologico complesso.

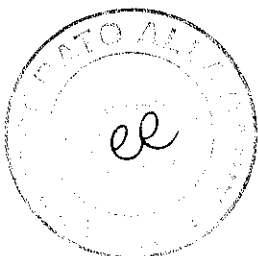




- 3.9. Il Gruppo di Lavoro è unanime nel ritenere che il ricovero di un minore con diagnosi principale psichiatrica in una struttura che non abbia competenze specifiche per questa fascia di età possa configurare una condizione di ricovero improprio, sia per l'assenza di una valutazione adeguata alla complessità del processo evolutivo in questa età, sia per l'esposizione a condizioni potenzialmente traumatiche nelle quali la tutela e i bisogni di cura del minore non possono essere gestiti pienamente. In queste condizioni non vengono pertanto recepite le disposizioni costituzionali e di norma di legge sulla tutela dei minori.
- 3.10. Il Gruppo di Lavoro sottolinea che il ricovero di un minore con disturbi psicopatologici in un reparto psichiatrico per adulti (i.e. SPDC) o in altra struttura non specialistica dovrebbe essere sempre evitato.

Evidenza e Raccomandazione 4:

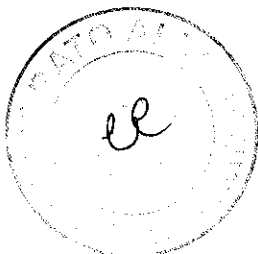
- La funzione del ricovero nelle gravi condizioni di sofferenza psichica in Età Evolutiva deve configurarsi come una possibile risorsa clinica all'interno del continuum della presa in carico globale della situazione psicopatologica e di vita del minore che ha il suo fulcro nei Servizi Territoriali.





4. Analisi strategica e proposte per la ridefinizione dei Fabbisogni di posti letto per Urgenze Psichiatriche e loro allocazione

- 4.1. Non vi sono criteri e metodologie formali univoche per stabilire quale debba essere la consistenza numerica di posti letto dedicati al trattamento di situazioni di Emergenza per bambini e adolescenti in Età Evolutiva. Un'analisi comparativa mostra come nei principali paesi dell'area UE e negli Stati Uniti il tasso di posti letto per 100.000 abitanti di età 0-18 anni sia generalmente compreso tra 15 e 20. Tale dato è sovrapponibile con le raccomandazioni dell'OMS sugli standard di assistenza in Psichiatria dell'Età Evolutiva. Nella Regione Lazio questo tasso è attualmente di 1,3 posti letto ogni 100.000 abitanti di età 0-18 anni.
- 4.2. Il GdL ha unanimemente concluso che i dati attualmente disponibili, locali e nazionali, sono insufficienti per valutare appieno il fabbisogno di posti letto psichiatrici in Età Evolutiva. Questo perché l'analisi dell'uso non coincide con la domanda, essendo questa su vari livelli parzialmente indotta dalla concentrazione dell'offerta, ed assumendo pertanto una quota rilevante di domanda non espressa. Non sono inoltre disponibili dati sul bisogno di ricovero insoddisfatto originato dalle strutture specialistiche ambulatoriali. Infine, deve essere considerata la possibile migrazione della domanda verso sedi più ricettive (i.e altre regioni, settore privato non convenzionato).
- 4.3. Il GdL ritiene che l'analisi dei dati sulle lista di attesa, la frequenza del ricorso al ricovero in strutture ospedaliere non specialistiche, l'aumentata domanda di assistenza ospedaliera espressa dai servizi territoriali, renda necessario e urgente l'implementazione di nuovi posti letto dedicati per l'Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva (EPEE). Il GdL ritiene inoltre, che l'inappropriatezza delle risposte e i gravi ritardi che si sono più volte riproposti nell'affrontare condizioni di emergenza/urgenza in età evolutiva nella nostra regione possa in alcuni casi determinare situazioni estremamente critiche e potenzialmente rischiose per la vita stessa del paziente o dei suoi familiari.
- 4.4. Al fine di ottenere una stima conservativa del fabbisogno di posti letto dedicati, il GdL, con l'assistenza dell'Agenzia di Sanità Pubblica -Laziosanità, si è concentrato sull'analisi dei dati epidemiologici regionali, sul ricorso al ricovero e sulla domanda di assistenza in Pronto Soccorso da parte di minori con diagnosi principale psichiatrica. I risultati principali sono consultabili nell'allegato 1.
- 4.5. Per effettuare una stima conservativa del fabbisogno di posti letto per la gestione delle situazioni di emergenza psichiatrica nei minori sono state considerate quelle condizioni che, in base a quanto già riportato, configurano situazioni che dovrebbero essere evitate:
 - tutte le dimissioni di minori da SPDC (N=32);





- tutte le dimissioni di minori da reparti ospedalieri di degenza ordinaria diversi da SPDC, con diagnosi principale afferenti ai seguenti raggruppamenti: disturbi schizofrenici, psicosi affettive, altre psicosi, disturbi di personalità, abuso e dipendenze da sostanze (N=91).

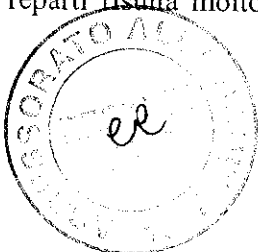
Il numero complessivo di tali condizioni rilevato nel corso del 2005 è dunque pari a 123 casi.

- 4.6. Per i casi individuati è stata ipotizzata una degenza media opportuna (21 gg.). Moltiplicando tale valore per il n. di casi otteniamo il numero totale di gg. di degenza richieste in un anno: GD stimate = N. casi x deg. media = 123 x 21 = 2.583 giornate di degenza/anno. Il numero di posti letto corrispondente è stato calcolato immaginando un tasso di occupazione dell'85%. Il procedimento complessivo è riassunto nella tabella che segue (in giallo i valori calcolati):

Intervallo di tempo in giorni :	365 gg.
Numero di casi attribuiti alla condizione:	123 casi
Degenza media ritenuta opportuna (gg):	21 gg.
Tasso di occupazione medio ipotizzato:	85 %
Le giornate di degenza necessarie sono:	2583 gg.

$$\text{Posti letto necessari: } \frac{2583 \times 1,15}{365} = 8,14 \text{ pl}$$

- 4.7. Un'analisi (cfr. allegati) dei ricoveri in reparti NPI che attualmente trattano adolescenti (Reparto 2 Policlinico Umberto I e Reparto Ospedale Bambin Gesù) evidenzia indici di attività elevati ed un'eccedenza nella domanda che i due reparti non appaiono in grado di soddisfare (tale dato trova riscontro nei tempi medi risultanti dalle liste d'attesa, pari a circa 2 mesi per entrambi i reparti).
- 4.8. I due reparti sopracitati hanno una *mission* incentrata sulla diagnosi e sul trattamento delle patologie psichiatriche ma non sulla ricettività delle situazioni di emergenza, e le loro caratteristiche appaiono difficilmente compatibili – allo stato dei fatti – con le variazioni strutturali (incremento del n. di posti letto) e organizzative che le condizioni individuate richiedono.
- 4.9. I rimanenti 2 Reparti specialistici in NPI (Policlinico Gemelli, Rep. 1 DSNPREE Policlinico Umberto I) svolgono funzione di assistenza neuropsichiatrica. Il carico assistenziale di questi reparti risulta molto elevato, e non appare proponibile né giustificata una riconversione dei





posti letto neurologici in posti letto per la gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva.

- 4.10. Il GdL ritiene che la gestione dell'emergenza – specie in età minorile – non possa, per la complessità sanitaria e le implicazioni sociali e giuridiche, essere corrisposta presso strutture del Privato Convenzionato.
- 4.11. Dalle analisi sopra riportate il GdL conclude unanimemente che nella Regione sia necessaria l'attivazione di almeno 8 posti letto incardinati in una struttura ospedaliera dedicati all'assistenza delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva.

Evidenza e Raccomandazione 5:

- E' necessaria e urgente nella Regione Lazio una implementazione di almeno 8 posti letto, dedicati alla gestione delle Emergenze Psichiatriche in Adolescenza .

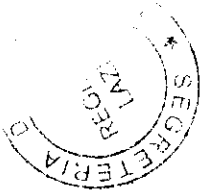




5. Allocazione e requisiti strutturali e organizzativi per un nuovo reparto per l'Emergenza Psichiatrica in Adolescenza

- 5.1 In relazione ai dati epidemiologici rilevati e tenuto conto della distribuzione della popolazione nella Regione, il sottogruppo ha ritenuto che una prima risposta al problema possa consistere nella realizzazione di spazi di degenza dedicati all'interno di nosocomi collocati nella città di Roma. La distribuzione demografica nella nostra Regione indica una maggiore concentrazione della fascia di età 0-18 all'interno dell'area metropolitana di Roma. Inoltre la disposizione geografica centrale di Roma e la sua accessibilità viaria e della rete di trasporti può garantire una migliore accessibilità dalle altre province della Regione Lazio.
- 5.2 Considerando i costi in termini di risorse umane e di spese di gestione sanitaria il GdL raccomanda che il reparto sia unitario (8 posti letto in un unico reparto).
- 5.3 Il GdL è concorde nel considerare che gli 8 posti letto devono essere inclusi in una di reparto struttura unitaria, all'interno di una struttura Ospedaliera dotata di DEA di I° o II° Livello e capace di garantire la gestione dell'Emergenza Psichiatrica per soggetti di età compresa fra 12 e 17 anni in diretta continuità con il circuito dell'emergenza territoriale. La mission primaria dell'implementazione di Posti Letto Psichiatrici per Minori è quella di rispondere alle condizioni di emergenza psichiatrica in Adolescenza. In questo senso la presenza di un DEA e la presenza di reparti Pediatrici, di Psichiatria Adulti (SPDC), Neurologici, Neuroradiologici (dotati di T.A.C. e R.M.N.) e Neurofisiologici garantirebbe la corretta sinergia nella gestione delle condizioni di Emergenza. E' inoltre fondamentale che il reparto lavori in rete con l'A.R.E.S. 118.
- 5.4 Il sottogruppo ha inoltre stabilito le procedure operative per le modalità di accesso al reparto e i collegamenti con i servizi TSMREE e le altre risorse assistenziali utilizzabili per la fase di post-acuzie (allegato 1 Tavola 1).
- 5.5 I requisiti strutturali dovranno essere in linea con quanto specificato nella DGR n. 424/2006 del 14/07/2006 (Supplemento Ordinario n° 7 al BURL n° 25 del 09/09/06) punti 1.2.4, per le strutture ospedaliere di emergenza psichiatrica adulti (SPDC) con particolare attenzione ai diversi bisogni strutturali ed architettonici dei minori (camere singole o al massimo a due letti).
- 5.6 I requisiti organizzativi delle Strutture Ospedaliere per l'Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva dovranno prevedere la presenza di figure professionali con specifica conoscenza e competenza nell'area dell'età evolutiva al fine di garantire la qualità degli interventi.





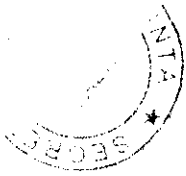
Evidenza e Raccomandazione 6:

- L'implementazione dei posti letto per il trattamento delle patologie psichiatriche in Adolescenza dovrà prevedere un singolo reparto misto situato in un presidio Ospedaliero della capitale dotato di DEA di I o II livello, di facile accessibilità per l'ARES-118 nonché per i pazienti e le loro famiglie.

Evidenza e Raccomandazione 7:

- Il reparto si configura come struttura ad elevata intensità assistenziale e richiede personale adeguato ad affrontare la specificità delle cure in questo ambito clinico.





6. Mission, Filosofia della Cura, Cornice normativa e Procedure Operative per l'implementazione della rete di Emergenza Psichiatrica in Adolescenza

- 6.1 Il GdL è concorde nel raccomandare che l'implementazione di posti letto debba rispondere ad una Mission incentrata sulla diagnosi e sul trattamento di pazienti di età compresa fra 12 e 17 anni inclusi gli estremi, che presentino quadri di sofferenza psichica acuta non curabili presso i presidi territoriali e che, per il carattere di emergenza, richiedano il ricovero presso una struttura ospedaliera. A questo fine è necessaria la massima integrazione con i servizi TSMREE e con le strutture previste per la post-acuzie (comunità, CD, DH), al fine di limitare la durata della degenza e di garantire la continuità terapeutica.
- 6.2 Il GdL è concorde nel raccomandare che le strutture di Ricovero NPI debbano comprendere luoghi sicuri e di supporto, per il trattamento di adolescenti con grave e complessa patologia psichiatrica che necessitano di trattamenti ospedalieri.
- 6.3 I trattamenti forniti in regime di ricovero debbono rispondere ai criteri della Evidence Based Medicine con un approccio multidisciplinare, globale e integrato. In tal modo è possibile recepire e rispondere ai problemi del minore e della sua famiglia, considerando in modo particolare aree di sviluppo legate a problemi educativi, culturali, spirituali, interpersonali, e avendo come obiettivo primario la tutela del minore e la lotta allo stigma. In questo senso il ricovero dovrebbe configurarsi non solo come un intervento di "sicurezza sociale e tutela personale" e neanche come intervento sanitario isolato e ridotto al puro contenimento sintomatologico della crisi, quanto piuttosto come un momento potenzialmente fertile e prezioso nel percorso di cambiamento della situazione psicopatologica e di vita del minore.
- 6.4 I reparti ospedalieri devono essere considerati come uno dei possibili snodi in un continuum di cura e tutela di un percorso che ha il suo centro nei Servizi Territoriali (TSMREE). E' necessario pertanto prevedere una forte integrazione di risorse per permettere l'attivazione di un modello pluri-istituzionale e pluri-professionale, a filiera, in grado di consentire, con un impianto di sistema quanto più possibile sul territorio, la gestione totale e globale del percorso di cura, dalla fase di emergenza/urgenza a quella riabilitativa, integrando competenze e risorse clinico-sanitarie, sociali e di ricerca.
- 6.5 Vi è inoltre la necessità di considerare anche i livelli subito successivi a quelli dell'emergenza/urgenza psichiatrica (strutture residenziali per la post-acuzie), che permettano la definizione di un progetto terapeutico basato sulle migliori opportunità e sulle risorse effettivamente disponibili, e che consentano di ridurre al minimo necessario la durata della degenza in acuzie.





- 6.6 Il reparto psichiatrico di Emergenza per minori deve essere in grado di rispondere alla domanda in modo sollecito, specifico e adeguato ai bisogni del singolo paziente. Il trattamento dovrà essere il più possibile condiviso con il paziente e viene suggerito di allargare al minore la pratica del consenso informato valutandone la “capacità naturale” (concetto giuridico complesso, corrispondente a grandi linee alla capacità di autodeterminazione).
- 6.7 Rispetto alla possibilità di ricorrere al provvedimento del Trattamento Sanitario Obbligatorio il GdL ha interpellato il Presidente del Tribunale per i Minorenni (T.M.) di Roma e, successivamente, il Procuratore Capo presso il T.M. Secondo entrambi i magistrati, il fatto che la Legge 180/78 confluita nella 833/78 non definisca norme specifiche per i Minori, rende automaticamente applicabili ai minori stessi le procedure previste dalla Legge, sempre che sussistano i presupposti per effettuare trattamenti obbligatori (*...alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici...interventi che non vengano accettati dall'infermo... non vi siano le condizioni che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere...*).
- 6.8 Il Magistrato Minorile “auspica” e “raccomanda” che il trattamento delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva venga effettuato in ambiente “idoneo” e da specialisti dell’età evolutiva. Ulteriori suggerimenti da parte dei Magistrati riguardano: il coinvolgimento del Giudice Tutelare in tutte le situazioni di disaccordo tra minore e l’esercente la potestà genitoriale (minore bisognoso di cure urgenti, genitori contrari all’intervento; minore che non accetta le cure, genitori favorevoli); la richiesta di intervento della Procura qualora si ravvisi un comportamento pregiudizievole dei genitori stessi.
- 6.9 La necessità dell’implementazione di posti letto risiede anche nella necessità di fornire un luogo idoneo alla gestione e alla cura dell’emergenza psichiatrica e di grave sofferenza psicopatologica in adolescenza, qualora tale condizione non sia gestibile in servizi a minor impatto sanitario (ambulatori territoriali, Centri Diurni, DH, Comunità etc.). La necessità del ricovero dovrà essere valutata caso per caso dallo specialista NPI del reparto ospedaliero. In generale saranno considerate di particolare importanza, ai fini del ricovero per giovani di età compresa fra 12 e 17 anni, quelle condizioni caratterizzate da:
- Condizioni psichiche alterate che mettono a rischio la vita e la salute del paziente (suicidalità) o caratterizzate da aggressività eterodiretta non altrimenti contenibile;
 - Grave sofferenza mentale relativa a quadri psicopatologici afferenti ai seguenti raggruppamenti diagnostici ICD-9 cm non gestibili in ambiente extraospedaliero: disturbi psicotici, disturbi affettivi, disturbi alimentari, Disturbo Ossessivo Compulsivo, disturbi del comportamento;
 - Disturbo da Abuso di Sostanze e disordini correlati quando in comorbidità con altre patologie psichiatriche;





- Crisi di agitazione psicomotoria in pazienti con Ritardo Mentale o altri disturbi dello sviluppo, quando non sia possibile un contenimento extraospedaliero;
 - Particolari difficoltà dell'inquadramento diagnostico e dell'impostazione terapeutica che richiedano approfondimenti diagnostici o non effettuabili in ambito extra-ospedaliero.
- 6.10 L'organizzazione del nuovo reparto deve garantire la pronta risposta a tutte le situazioni di emergenza psichiatrica sopraelencate. Il GdL ha stabilito delle Procedure Operative atte a garantire la più ampia accessibilità al paziente e alla sua famiglia e agli stakeholder istituzionali (TSMREE, Comunità Terapeutiche, Istituti Giudiziari, etc.) all'interno delle cornici operative del SSN attualmente vigenti. Grande enfasi è posta sul collegamento di rete in primis con i TSMREE territoriali. Questi servizi, che si trovano in una posizione di fondamentale importanza ritenuti i primi che, quando sarà possibile dovranno proporre il ricovero e concordare con il servizio ospedaliero la domanda ed il processo di presa in carico. Sempre, i sanitari del reparto ospedaliero dovranno allertare il TSMREE territoriale di residenza del paziente ricoverato e condividere il percorso sanitario in modo tale di garantire quanto più possibile la continuità terapeutica. L'accesso in Pronto Soccorso da parte del paziente o della sua famiglia o tramite A.R.E.S. 118 sarà gestito dal DEA. Dal DEA verrà richiesta la consulenza dello specialista NPI del reparto psichiatrico per minori che stabilirà la necessità del ricovero o rinverrà il caso (Allegato 1, Tavola 1).
- 6.11 E' necessario e urgente stabilire delle procedure operative chiare con l'A.R.E.S. Lazio 118 in modo da convogliare gli interventi relativi verso le strutture specialistiche designate.
- 6.12 Nel caso il paziente risulti eleggibile al ricovero, entro i primi 2 giorni di degenza dovrà essere allertato il TSMREE territoriale di residenza del paziente come sopra specificato. In appendice è esposta la flowchart operativa sopra sinteticamente accennata.



Evidenza e Raccomandazione 8:

- Il nuovo reparto dedicato all'assistenza sanitaria delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva dovrà essere inserito in un continuum di presa in carico che ha il suo centro nei servizi territoriali. Il ricovero dovrà essere breve e prevedere un progetto multidimensionale di presa in carico dei TSMREE alla dimissione.

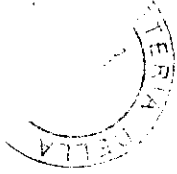
Evidenza e Raccomandazione 9:

- Il ricorso al ricovero ospedaliero è giustificato solo quando le condizioni cliniche del paziente minore non possano essere meglio gestite senza ricorrere al ricovero o qualora si presenti uno stato di necessità.

Evidenza e Raccomandazione 10:

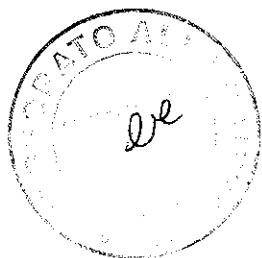
- E' necessario e urgente stabilire delle procedure operative chiare con l'A.R.E.S. Lazio 118.





7. Politiche di Prevenzione

- 7.1 Nella Salute Mentale dell'Età Evolutiva la prevenzione deve essere considerata come il primo step nel continuum degli interventi di tutela e cura che va dall'identificazione e trattamento precoce degli individui a rischio alla minimizzazione della morbilità per chi presenta una patologia conclamata (Mrazek et al, 1994).
- 7.2 Il GdL è concorde nell'affermare che un corretto modello di gestione delle situazioni di Emergenza Psichiatrica in Età Adolescenziiale non possa essere concentrato solo nell'eradicazione delle condizioni psicopatologiche di acuzie ma debba considerare tutti i livelli di intervento favorendo politiche sanitarie di prevenzione e intervento precoce.
- 7.3 Le politiche di prevenzione e di promozione della salute mentale nelle fasce di età precedenti all'adolescenza rappresentano in questo senso un effettivo modulatore per la riduzione dell'acutizzazione delle patologie psichiatriche in adolescenza e del conseguente aumento del fenomeno del bisogno di ricovero in adolescenza (OMS, 2003; 2004). Il GdL propone quindi che nella risposta al problema dell'Emergenza Psichiatrica in Età Adolescenziiale sia fondamentale promuovere:
- a) interventi di prevenzione secondaria (individuazione precoce delle popolazioni a rischio) nelle fasce di età precedenti all'adolescenza (i.e. preadolescenza);
 - b) interventi di prevenzione secondaria e terziaria per la fascia di età 12-18 per i minori che presentano un esordio di patologia psichiatrica in adolescenza, con l'obiettivo della minimizzazione della morbilità/disabilità e la riduzione del fenomeno di cronicità/ricorrenza anche in età adulta.
- 7.4 Il cardine delle politiche di promozione e di prevenzione in Età Evolutiva è rappresentato dai Servizi Territoriali di Tutela della Salute Mentale (TSMREE, vedi anche Progetto Obiettivo Materno-Infantile - Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000). Il GdL ritiene pertanto che l'adeguamento dei servizi TSMREE attraverso la definizione/attuazione del fabbisogno di risorse umane e strutturali e l'uniformità dei modelli organizzativi, rappresenti il requisito fondamentale per un funzionamento corretto ed efficace delle politiche di prevenzione della Salute Mentale in Età Evolutiva.
- 7.5 Nella prevenzione della Salute Mentale in Età Evolutiva gli interventi di promozione e di prevenzione si devono integrare con specifici progetti di intervento incentrati su specifiche patologie o problemi o su specifiche fasce di rischio (Durlak et al, 1997). Vi sono evidenze robuste che indicano l'efficacia di interventi di prevenzione e trattamento mirati su specifiche patologie e su specifiche classi di età come per esempio per i Disturbi Depressivi in età scolare o i Disturbi di Condotta (Keating & Hertzman, 1999).





7.6 Il GdL raccomanda la promozione di campagne e di progetti incentrati su specifici progetti di intervento e su specifiche patologie che si armonizzino ai compiti istituzionali e specifici dei Servizi TSMREE.

Evidenza e Raccomandazione 11:

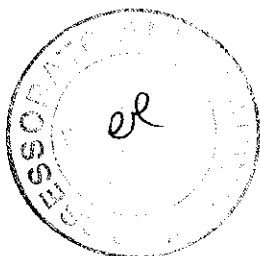
- Le politiche di Promozione e Prevenzione della Salute Mentale in Età Evolutiva possono incidere significativamente sul fenomeno dell'urgenza/emergenza psichiatrica dell'età adolescenziale.

Evidenza e Raccomandazione 12:

- Per un funzionamento corretto ed efficace delle politiche di prevenzione della Salute Mentale in Età Evolutiva è necessaria la gestione ed il governo dei servizi TSMREE, attraverso adeguate risorse e uniformità di modelli organizzativi.

Evidenza e Raccomandazione 13:

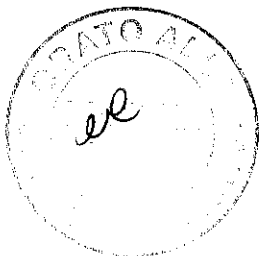
- Promozione di campagne e di progetti di prevenzione per specifiche patologie e fasce di rischio.





8. Funzione della Rete dei Servizi TSMREE territoriali e delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali nell’Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva

- 8.1 Nelle politiche sanitarie di tutela della Salute Mentale la continuità della presa in carico e l’integrazione della rete assistenziale rappresenta il paradigma di un corretto sistema di cura (OMS, 2003).
- 8.2 I servizi TSMREE rappresentano il cardine insostituibile di tutti gli interventi di Tutela della Salute Mentale nell’Età Evolutiva compresa l’adolescenza così come specificato nelle disposizioni di legge (vedi punto 3.2). Anche nelle situazioni di emergenza/urgenza i servizi TSMREE dovranno svolgere il ruolo centrale sia nella coordinazione che nell’integrazione degli interventi nella loro diversa articolazione.
- 8.3 L’intervento psichiatrico ospedaliero per le condizioni di emergenza/urgenza in adolescenza deve essere considerato sempre come un intervento da integrare con una risposta complessa e dinamica specifica per ogni paziente. In questo senso, nel percorso di presa in carico, il ricovero ospedaliero deve configurare come un momento ad alta intensità assistenziale ma di breve durata.
- 8.4 La presenza di Strutture Semiresidenziali e Residenziali (CDT, RTP, SRTRE) per l’Emergenza Psichiatrica a medio basso intensità assistenziale e integrate con i servizi TSMREE rappresenta la garanzia della appropriatezza dei ricoveri sia nei termini della indicazione che della tutela nella dimissione.
- 8.5 Il GdL ritiene che le Strutture Semiresidenziali e Residenziali, nell’ambito di un modello d’intervento “integrato” della rete dei Servizi TSMREE, debbano garantire Percorsi Assistenziali secondo criteri di appropriatezza, per la realizzazione dei Progetti Terapeutico-riabilitativi e criteri di Ammissione e Dimissione (Allegato 2); devono inoltre rispondere ai requisiti strutturali ed organizzativi delle normative regionali vigenti (Allegato 3).
- 8.6 Il governo clinico delle situazioni di emergenza psichiatrica in età evolutiva implica non solo gli interventi terapeutico-riabilitativi ma anche il lavoro di supporto ai caregiver al fine di avviare processi di riabilitazione sociale per il superamento delle forme di grave disagio psico-sociale che si accompagnano al disturbo psicopatologico. Tale lavoro di supporto ai caregiver si realizza anche all’interno delle Strutture socio-assistenziali (CDT, RTP, SRTRE) che hanno in carico il minore (Allegato 1).
- 8.7 Il GdL ritiene unanimemente che sia necessaria l’implementazione di una rete di Servizi Semiresidenziali e Residenziali per l’Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva (CDT, RTP, SRTRE) che dovrà avere una distribuzione territoriale secondo linee programmatiche regionali.



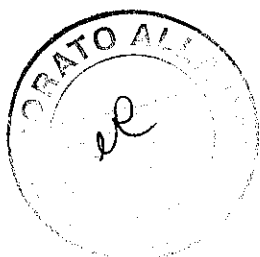


Evidenza e Raccomandazione 14:

- L'implementazione della rete dei Servizi TSMREE è il presupposto necessario per garantire un pieno governo clinico delle situazioni di Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva, intervenendo nella prevenzione del rischio e sul contenimento della crisi.

Evidenza e Raccomandazione 15:

- E' necessaria l'implementazione di una rete di Servizi Semiresidenziali e Residenziali per l'Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva (CDT, RTP, SRTRE) che dovranno rispondere ai requisiti strutturali ed organizzativi delle normative regionali vigenti e avere una distribuzione territoriale secondo linee programmatiche regionali.





9. Sintesi delle Evidenze e delle Raccomandazioni

Cap 2: Situazione e livello di funzionamento attuale

Evidenza e Raccomandazioni 1:

- I dati attuali indicano che esiste una sostanziale insufficienza nelle risposte al problema urgenza/emergenza psichiatrica in Età Evolutiva.

Evidenza e Raccomandazione 2:

- Una condizione di attesa per patologie psichiatriche gravi può determinare un significativo peggioramento della condizione in atto e un peggioramento della prognosi a medio e a lungo termine.

Evidenza e Raccomandazione 3:

- Il numero di posti letto per bambini ed adolescenti con problemi psichiatrici nella Regione Lazio è insufficiente ed è diminuito nel corso degli ultimi dieci anni.

Cap 3: Funzione delle strutture di Ricovero

Evidenza e Raccomandazione 4:

- La funzione del ricovero nelle gravi condizioni di sofferenza psichica in Età Evolutiva deve configurarsi come una possibile risorsa clinica all'interno del continuum della presa in carico globale della situazione psicopatologica e di vita del minore che ha il suo fulcro nei Servizi Territoriali.

Cap. 4: Analisi strategica e proposte per la ridefinizione dei Fabbisogni di posti letto per Urgenze Psichiatriche e loro allocazione

Evidenza e Raccomandazione 5:

- E' necessaria e urgente nella Regione Lazio una implementazione di almeno 8 posti letto, dedicati alla gestione delle emergenze psichiatriche in Adolescenza.





Cap 5: Allocazione e requisiti strutturali e organizzativi per un nuovo reparto per l'Emergenza Psichiatrica in Adolescenza:

Evidenza e Raccomandazione 6:

- L'implementazione dei posti letto per il trattamento delle patologie psichiatriche in Adolescenza dovrà prevedere un singolo reparto misto situato in un presidio Ospedaliero della capitale dotato di DEA di I o II livello, di facile accessibilità per l'ARES-118 nonché per i pazienti e le loro famiglie.

Evidenza e Raccomandazione 7:

- Il reparto si configura come struttura ad elevata intensità assistenziale e richiede personale adeguato ad affrontare la specificità delle cure in questo ambito clinico.

Cap.6: Mission, Filosofia della Cura, Cornice normativa e Procedure Operative:

Evidenza e Raccomandazione 8:

- Il nuovo reparto dedicato all'assistenza sanitaria delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva dovrà essere inserito in un continuum di presa in carico che ha il suo centro nei servizi territoriali. Il ricovero dovrà essere breve e prevedere un progetto multidimensionale di presa in carico dei TSMREE alla dimissione.

Evidenza e Raccomandazione 9:

- Il ricorso al ricovero ospedaliero è giustificato solo quando le condizioni cliniche del paziente minore non possano essere meglio gestite senza ricorrere al ricovero o qualora si presenti uno stato di necessità.

Evidenza e Raccomandazione 10:

- E' necessario e urgente stabilire delle procedure operative chiare con l'A.R.E.S. Lazio 118.





Cap.7: Politiche di Prevenzione

Evidenza e Raccomandazione 11:

- Le politiche di Promozione e Prevenzione della Salute Mentale in Età Evolutiva possono incidere significativamente sul fenomeno dell'urgenza/emergenza psichiatrica dell'età adolescenziale.

Evidenza e Raccomandazione 12:

- Per un funzionamento corretto ed efficace delle politiche di prevenzione della Salute Mentale in Età Evolutiva è necessaria la gestione e il governo dei servizi TSMREE, attraverso adeguate risorse e uniformità di modelli organizzativi.

Evidenza e Raccomandazione 13:

- Promozione di campagne e di progetti di prevenzione per specifiche patologie e fasce di rischio.

Cap.8 Funzione della Rete dei Servizi TSMREE territoriali e delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali nell'Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva

Evidenza e Raccomandazione 14:

- L'implementazione della rete dei Servizi TSMREE è il presupposto necessario per garantire un pieno governo clinico delle situazioni di Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva, intervenendo nella prevenzione del rischio e sul contenimento della crisi.

Evidenza e Raccomandazione 15:

- E' necessaria l'implementazione di una rete di Servizi Semiresidenziali e Residenziali per l'Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva (CDT, RTP, SRTRE) che dovranno rispondere ai requisiti strutturali ed organizzativi delle normative regionali vigenti e avere una distribuzione territoriale secondo linee programmatiche regionali.






10. Allegati e Tabelle

Allegato 1

Valutazioni e considerazioni del Sottogruppo “EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE”

- Le emergenze psichiatriche in età evolutiva sono quelle che maggiormente configurano l'opportunità di un trattamento ospedaliero in ambiente specialistico di neuropsichiatria infantile
- Non disponiamo di un criterio univoco per definire l'emergenza psichiatrica in età evolutiva
- Non si possiedono valutazioni standardizzate che ci permettano di individuare la gravità sintomatologica dei quadri presentati in PS o alla dimissione da un reparto di degenza
- Una stima della durata della degenza ottimale deve tenere conto delle effettive capacità operative dei servizi TSMREE, e pertanto delle reali possibilità di integrazione con i reparti ospedalieri
- Talvolta una condizione di emergenza psichiatrica può prodursi nell'ambito di patologie non di stretta competenza psichiatrica, quali i ritardi mentali e le dipendenze
- La domanda può essere parzialmente indotta dalla concentrazione dell'offerta
- Si può assumere una quota rilevante di domanda non espressa
- Occorre considerare la possibile migrazione della domanda verso sedi più ricettive
- Nel 2005 operavano nella regione 4 reparti di Neuropsichiatria Infantile (NPI; cod reparto: 33), tutti collocati nel territorio di Roma, che hanno fatto registrare 1133 dimissioni (tabella 1).
- I ricoveri in reparti di Neuropsichiatria infantile (NPI) comprendono patologie riferibili a due principali configurazioni: patologie e disturbi neuromotori e sensoriali di origine congenita ed acquisita, e patologie di rilevanza psichiatrica comprendenti difficoltà e alterazioni dello sviluppo psicologico, affettivo e relazionale. L'età e la diagnosi rappresentano le informazioni utili per differenziare l'utenza dimessa da tali reparti, distinguendo i soggetti in età adolescenziale con problemi di carattere psichiatrico dai bambini in età prescolare con patologie di tipo neurologico (tabella 2).



- 
- Nel 2005, sono stati registrati nel Lazio 847 ricoveri in reparti ospedalieri non NPI riferiti a soggetti di età compresa tra i 0 e 17 anni, di questi 355 (42,0%) sono stati effettuati in reparti di Pediatria (cod reparto: 39) (Tabella 5).
 - Nel 2005, negli istituti pubblici del Lazio dotati di reparto NPI, sono stati registrati complessivamente 418 accessi con diagnosi principale psichiatrica riferiti a soggetti di età compresa tra i 0 e i 17 anni, di questi il 6% sono stati ricoverati in reparto NPI (Tabella 7).

Informazioni più dettagliate sui dati elaborati dall'ASP e presentati al Gruppo di Lavoro possono essere richieste scrivendo a gaddini@asplazio.it

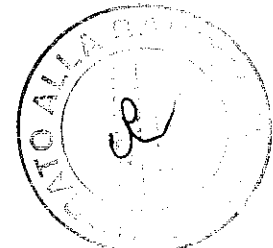
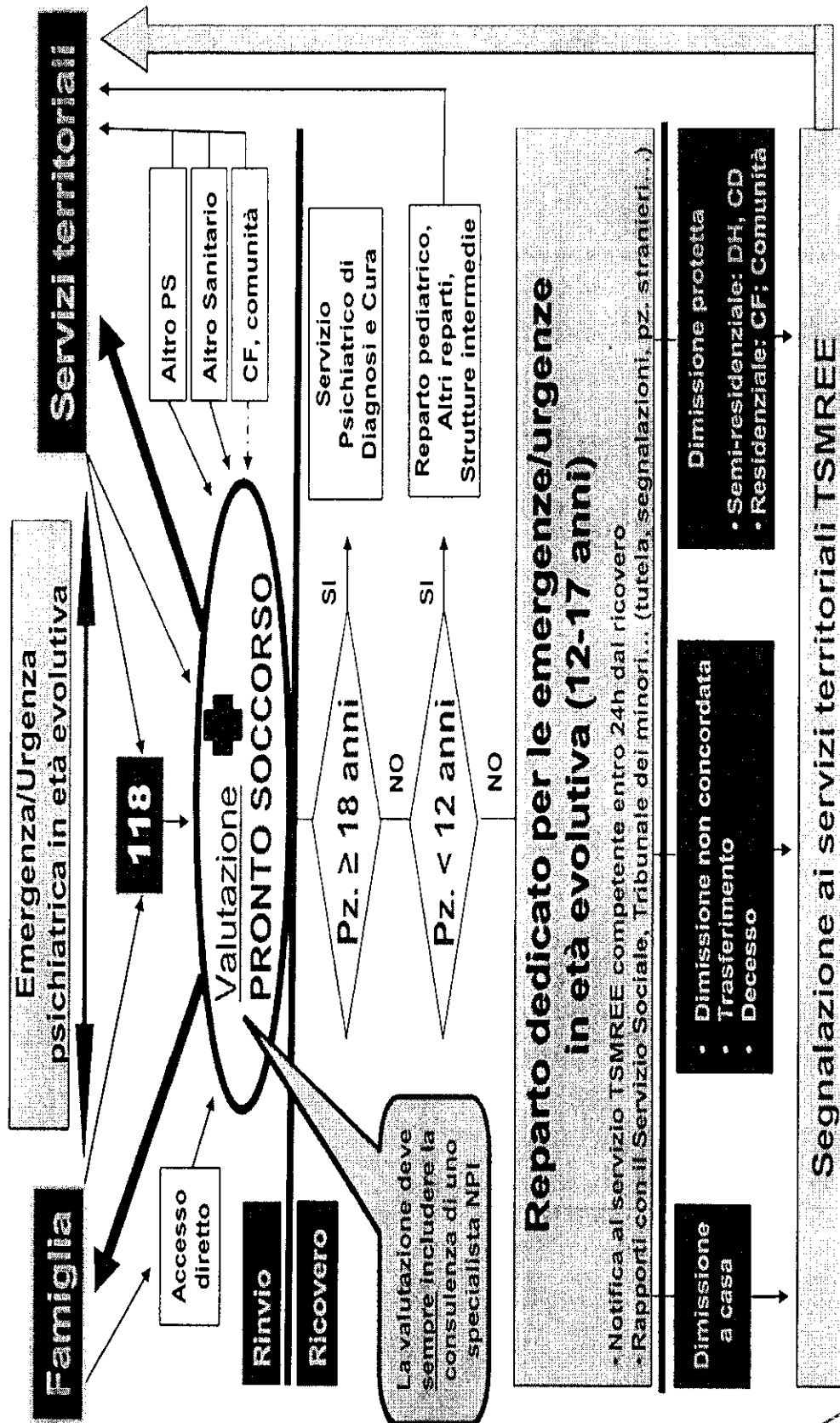




Allegato I

Tavole, Figure e Tabelle

Tavola 1 – Modalità di accesso al reparto dedicato e collegamenti con i servizi TSMREE e le altre risorse assistenziali utilizzabili per la fase di post-acuzie.





Allegato I

Tabella 1 - Reparti NPI per n° di posti letto, n° di ricoveri, n° di soggetti, degenza ed indicatori di attività. Lazio, 2005

ASL Istituto	Comune	99. di posti letto soggetti		N	99. degenza		Indicatori di attività ²					
		attività	letto		soggetti	media	mediana deg. 2005 deg. tot ¹	IO (%)	IT (%)	IR (pp.)		
RM A Bambino Gesù (Roma) rep.1	Roma	365	6	151	197	9,3	3	1703	1832	83,7	1,8	32,8
Univ. Policlinico Umberto I (rep. 1)	Roma	365	8	279	463	3,5	3	2516	2548	87,3	0,8	57,9
Univ. Policlinico Umberto I (rep. 2)	Roma	365	6	39	77	25,9	21	1628	1628	74,3	7,3	12,8
Univ. Policlinico Gemelli - U.C.S.C. Roma	Roma	365	10	285	396	6,4	5	1863	1992	54,6	4,2	39,6
TOTALE		365	30	754	1133	7,1	4	7710	8000	73,1	2,6	37,8

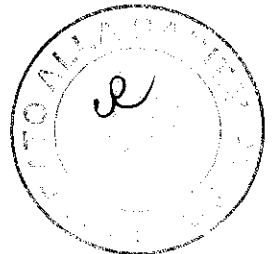
Nota: Per il 2005 il numero dei ricoveri è stato calcolato utilizzando i dati relativi alle dimissioni avvenute entro giugno 2006

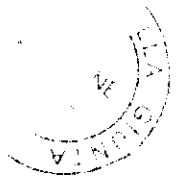
1) Le 99. totali di degenza includono quelle prodotte da soggetti dimessi entro i primi 6 mesi del 2006

2) IO = indice di occupazione, IT = intervallo di turnover in giorni, IR = indice di rotazione dei posti letto

Tabella 2 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamento diagnostico e classe di età - Reparti NPI, Lazio 2005

Istituto	classe di età	Piscini organiche	Piscini affettivo	Serviziene istituzionali	Altre piscine	Dati ad personam	Novari	Oligofreni	Degenza psich.	Totale	%
Bambino Gesù (Roma) rep.1	0-13 anni	0	0	0	30	58	0	5	31	5	65,5
	14-17 anni	1	3	46	10	10	0	2	2	1	33,0
	18 +	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1,5
Policlinico Umberto I (Roma) rep.1	0-13 anni	1	0	1	33	33	0	53	64	232	364
	14-17 anni	1	0	0	1	1	0	0	16	48	66
	18 +	0	0	0	0	0	0	0	3	10	13
Policlinico Umberto I (Roma) rep.2	0-13 anni	0	0	1	1	0	0	5	1	0	7
	14-17 anni	0	16	8	2	19	22	2	0	0	67
	18 +	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3,9
Policlinico Gemelli - U.C.S.C. rep.2	0-13 anni	0	0	0	0	7	0	24	69	231	331
	14-17 anni	0	1	0	1	1	0	6	8	30	46
	18 +	0	0	0	0	0	0	0	5	14	19
Totale		3	20	89	112	20	119	199	871	1133	





Allegato I

Tabella 3 - Degenza totale, media, mediana e 90° centile per sesso, classe di età e scolarità. Reparti NPI, Lazio 2005

	Durata totale della degenza (giorni)				
	N	%	Media	Mediana	90° centile
Tutte le dimissioni	1133		7,1	4	16
Uomini	627		5,8	3	11
Donne	506		8,6	4	21
0-3 anni	327		5,3	3	9
4-5 anni	155		4,9	4	8
6-10 anni	216		4,2	3	7
11-13 anni	153		8	4	20
14-17 anni	244		12,5	6	30
18+ anni	38		8,9	4	26
Nessuno	769		5,0	3	9
Elementare	147		9,0	4	25
Media inferiore	206		13,4	6	30
Media superiore	6		4,2	3	11
Laurea	2		6,0	6	10
Sconosciuto	3		14,0	6	36

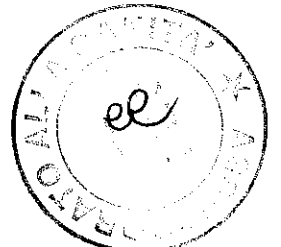




Allegato I

Tabella 4 - Degenza totale, media, mediana e 90° centile per raggruppamento diagnostico.

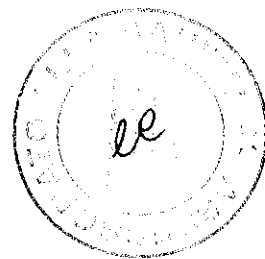
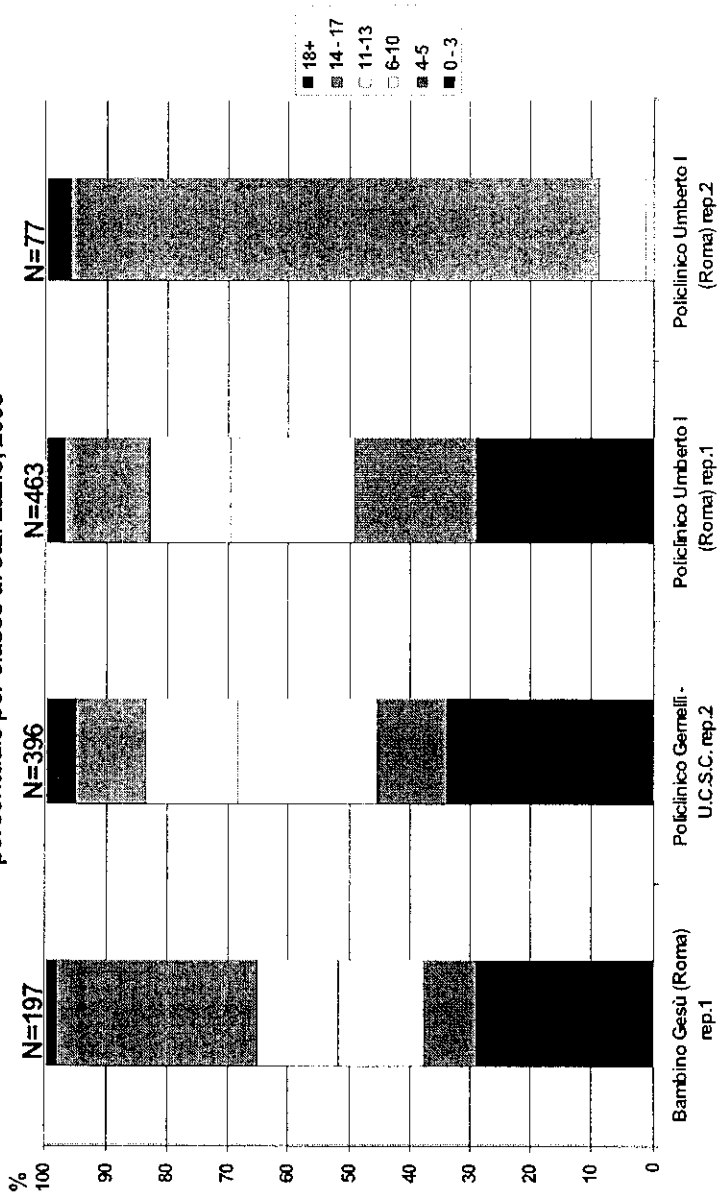
	Durata totale della degenza (giorni)			
	N	%	Media	Mediana 90° centile
Tutte le dimissioni	1133		7,1	4 16
Psicosi organiche	3	0,3	2,7	2 4
Schizofrenie/stati paranoidi	20	1,8	19,0	15 33
Psicosi affettive	88	7,9	15,4	15 28
Altre psicosi	112	9,9	5,0	3 12
Disturbi di personalità	20	1,8	32,9	26 66
Nevrosi	119	10,5	9,3	4 26
Oligofrenie	199	17,6	4,5	3 8
Totale diagnosi psichiatriche	562	49,6	8,9	4 23
Totale diagnosi non psichiatriche	571	50,4	5,3	3 9





Allegato I

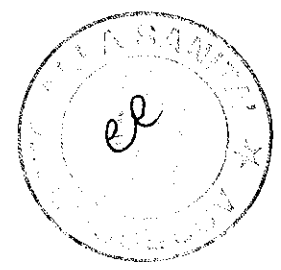
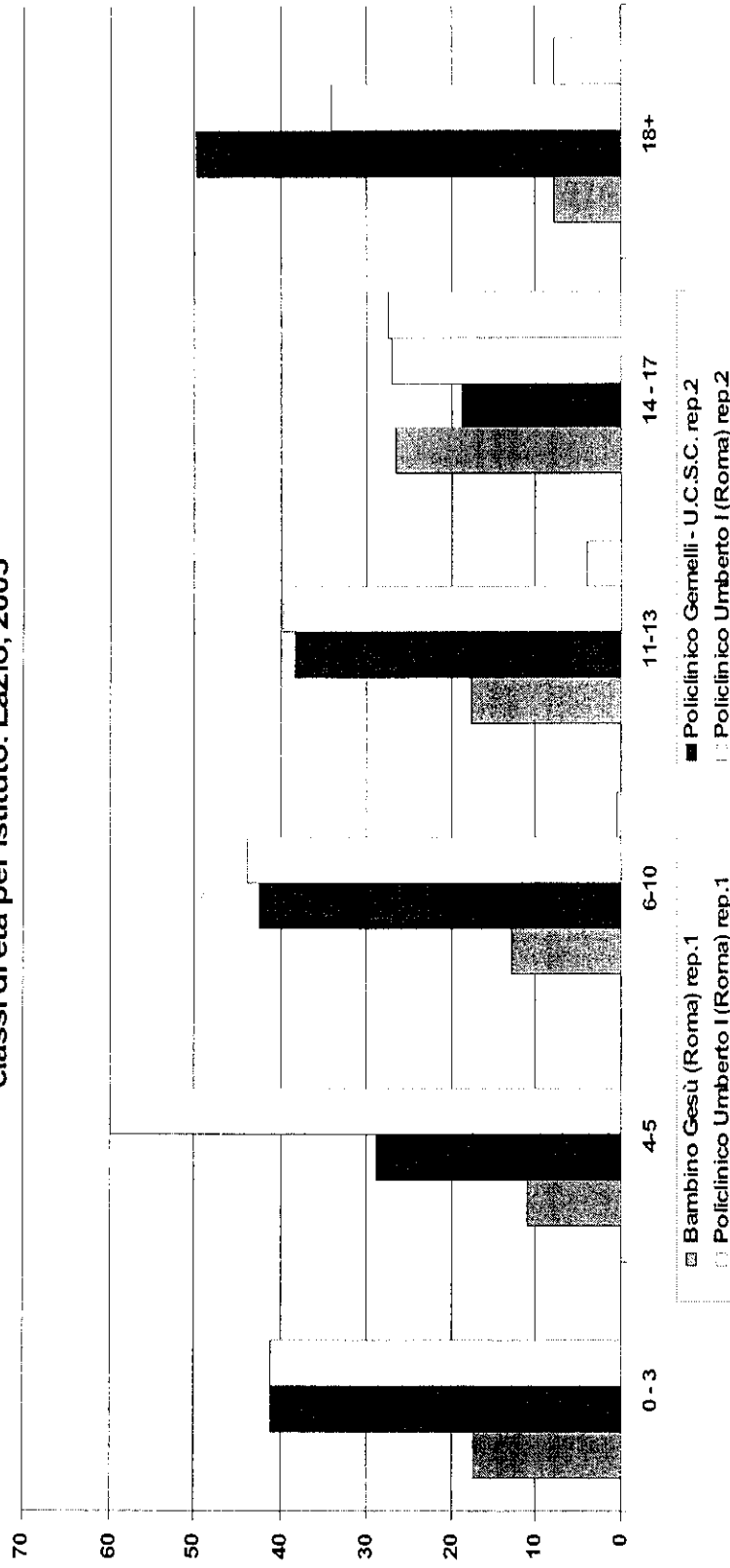
Figura 1 - Ricoveri ordinari in reparti NPI per istituto. Composizione percentuale per classe di età. Lazio, 2005





Allegato 1

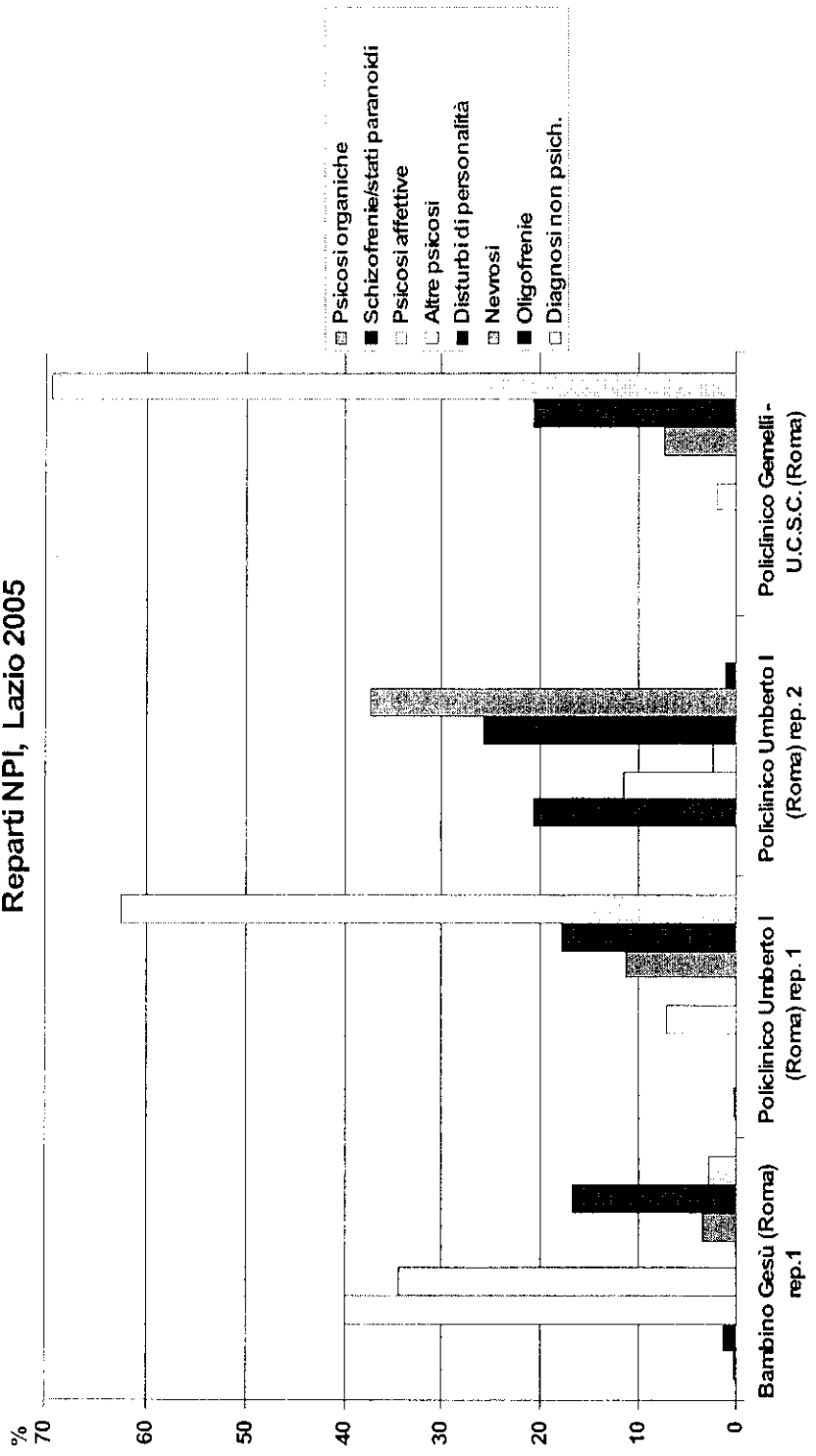
Figura 2 - Ricoveri ordinari in reparti NPI. Composizione percentuale delle classi di età per istituto. Lazio, 2005





Allegato 1

**Figura 3 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamento diagnostico.
Reparti NPI, Lazio 2005**





Allegato I

Tabella 5 - Numero di ricoveri con diagnosi principale psichiatrica (ICD 9-CM) in reparti ospedalieri non NPI per classi di età. Lazio, 2005

Specialità di dimissione	0 - 3 anni		4-5 anni		6-10 anni		11-13 anni		14 - 17 anni		18 anni		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pediatria	108	38,8	22	30,6	86	57,0	53	58,2	86	33,7	1	1,0	356	37,5
Psichiatria*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,3	47	18,4	70	68,6	120	12,6
Gastroenterologia	58	20,9	9	12,5	9	6,0	4	4,4	4	1,6	0	0,0	84	8,9
Recupero e riabilitazione funzionale	18	6,5	17	23,6	23	15,2	11	12,1	9	3,5	1	1,0	79	8,3
Neurologia	42	15,1	10	13,9	7	4,6	5	5,5	7	2,7	1	1,0	72	7,6
Medicina generale	1	0,4	0	0,0	1	0,7	3	3,3	48	18,8	15	14,7	68	7,2
Osservazione breve	3	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	14,9	13	12,7	54	5,7
Malattia endocrin. del ricambio e della nutrizione	25	9,0	7	9,7	9	6,0	2	2,2	5	2,0	0	0,0	48	5,1
Chirurgia pediatrica	4	1,4	5	6,9	11	7,3	4	4,4	7	2,7	1	1,0	32	3,4
Otorinolaringoiatria	9	3,2	1	1,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	11	1,2
Altri reparti**	10	3,6	1	1,4	5	3,3	5	5,5	4	1,6	0	0,0	25	2,6
Totale	278	100,0	72	100,0	151	100,0	91	100,0	255	100,0	102	100,0	949	100,0

* per 3 casi fetà era stata codificata in modo improprio

** include Pneumologia; Malattie infettive e tropicali; Oculistica; Cardiologia; Chirurgia generale; Chirurgia maxillo-facciale; Chirurgia plastica; Nido; Ortopedia e traumatologia; Urologia; Neonatologia, Oncologia; Terapia intensiva neonatale, Urologia

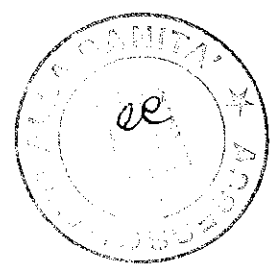




Allegato I

Tabella 6 - Ricoveri per ASL di
residenza del ricoverato. Reparti
NPI, Lazio 2005

ASL	N	%
Fuori regione	404	35,7
Roma E	101	8,9
Roma B	96	8,5
Roma C	88	7,8
Roma H	72	6,4
Latina	66	5,8
Roma A	65	5,7
Roma G	62	5,5
Roma D	52	4,6
Frosinone	51	4,5
Roma F	42	3,7
Viterbo	17	1,5
Rieti	11	1,0
Estero	6	0,5
Totale	1133	100,0





Allegato 1

Tabella 7 - Accessi con diagnosi principale psichiatrica in PS di istituti pubblici dotati di Rep Npi (età 0-17).

Fonte: SIES. Lazio, 2005

Pronto Soccorso in istituto pubblico dotato di rep Npi	Accessi in PS con diagnosi principale psichiatrica	% di ricovero in reparto diverso da Npi dello stesso istituto, sul totale degli accessi	% di ricovero nel Rep Npi dello stesso istituto, sul totale degli accessi	% complessiva di ricovero nello stesso istituto, sul totale degli accessi	% accessi con diagn. principale psichiatrica, trasferiti da altro istituto	% accessi con diagn. principale psichiatrica ed esito = trasferimento
Bambino Gesù	222	38,3	3,2	41,4	4,1	0,9
Poliniclinico Umberto I Centrale	66	18,2	9,1	27,3	3,0	1,5
A. Gemelli	48	14,6	2,1	16,7	0,0	0,0
Regina Elena	48	0,0	22,9	22,9	0,0	4,2
Poliniclinico Tor Vergata (Roma)	34	2,9	0,0	2,9	0,0	0,0
Totale	418	25,1	6,0	31,1	2,6	1,2
P.S. in altro Istituto Pubblico non dotato di Rep Npi	2135	11,6	0,0	11,6	0,6	2,0
TOTALE	2553	13,8	1,0	14,8	0,9	1,8
Val. medio (istituti con Rep Npi)	84					



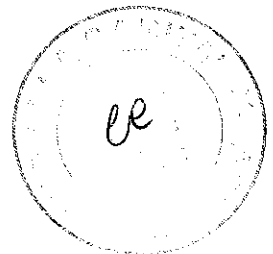


Allegato 1

Tabella 8 - Dimissioni e accessi in DH NPI per istituto. Lazio, 2005

Azienda	Istituto	posti letto	soggetti	dimissioni		accessi		N. acc. x N. dim. x		
				N.	%	media	mediana	n	soggetto	soggetto
RM A	Bambino Gesù (Roma) rep.1	14	967	1357	13,0	7,8	5	10574	10,9	1,4
	Bambino Gesù (Roma) rep.2	5	655	2975	28,4	1,0	1	3001	4,6	4,5
RM H	Vila Albani (Anzio)	6	277	306	2,9	9,6	7	2924	10,6	1,1
LATINA	Regina Elena (Piverno)	13	279	336	3,2	9,3	6	3120	11,2	1,2
	Poliniclinico Umberto I (Roma) rep.1	4	1147	1616	15,4	1,3	1	2132	1,9	1,4
Universitaria	Poliniclinico Umberto I (Roma) rep.2	8	300	682	6,5	5,8	5	3980	13,3	2,3
	Poliniclinico Umberto I (Roma) rep.3	16	631	734	7,0	9,6	5	7033	11,1	1,2
Universitaria	Poliniclinico Tor Vergata (Roma)	18 *	706	839	8,0	4,5	4	3810	5,4	1,2
Universitaria	Poliniclinico Gemelli U.C.S.C. rep.3	8	1317	1615	15,4	1,9	2	3059	2,3	1,2
Totale		92	6279	10460	100,0	3,8	1	39633	6,3	1,7

* 16 pl sono ospitati presso la sede della Casa di Cura S. Alessandro



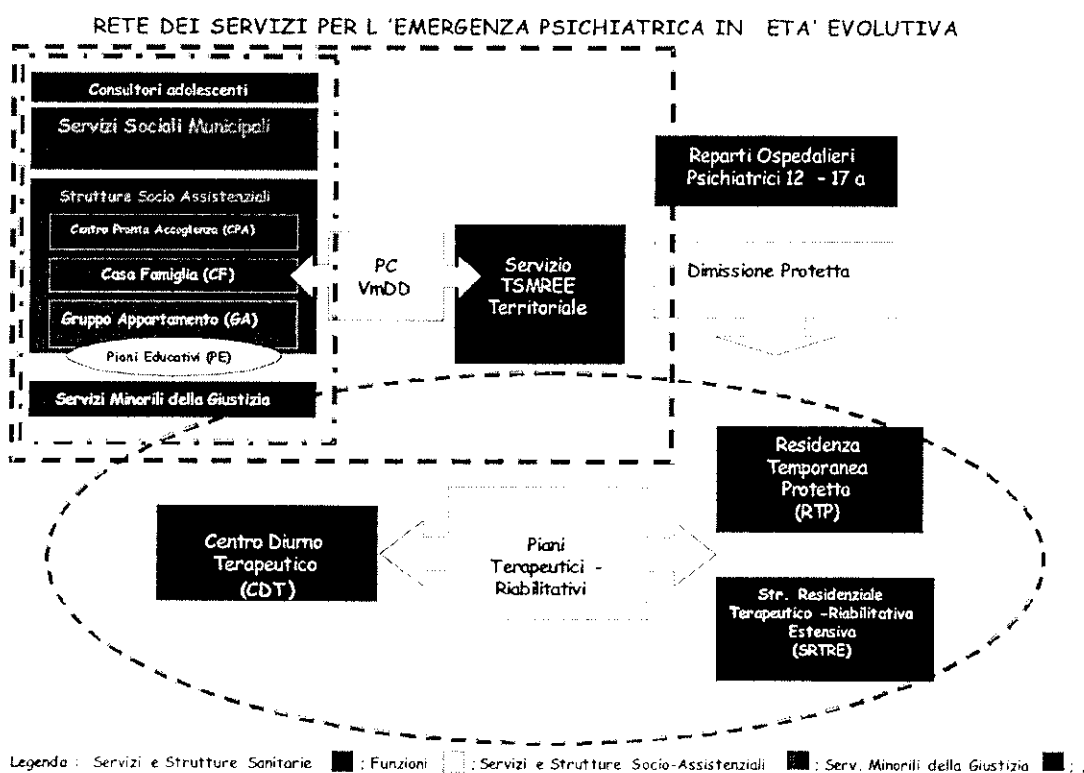


Allegato 2:

Valutazioni e considerazioni del Sottogruppo Strutture Semiresidenziali, Residenziali per la post-acuzie, progetti di integrazione socio-sanitaria (comunità, case famiglia)

- Allegato 2: Tavola 1

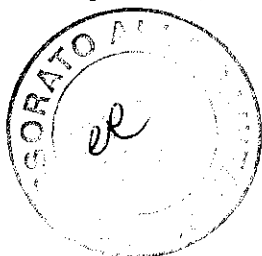
Rete dei Servizi per l'Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva e Percorsi Assistenziali



Nell'ambito della rete dei Servizi Socio-Sanitari e Socio-assistenziali per l'emergenza psichiatrica in età evolutiva si possono prevedere diversi Percorsi Assistenziali, distinguibili per appropriatezza dei Piani Terapeutico-Riabilitativi ed Educativi e per livelli d'intensità degli interventi assistenziali:

- Percorsi Assistenziali dall'Ospedale ai Servizi per l'Emergenza Psichiatrica Post-Acuzie Territoriale:

Il percorso è indicato per soggetti in fase di post-acuzie, in dimissione protetta dai Reparti ospedalieri, con la finalità di ridurre i tempi di ricovero, e di avviare Piani terapeutici-





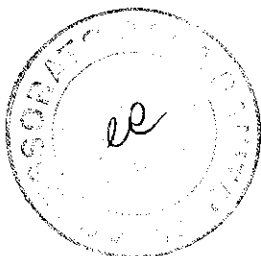
riabilitativi presso le Strutture Sanitarie per l’Emergenza Psichiatrica (RTP, CDT, SRTRE).

- Percorsi Assistenziali dai Servizi Socio-assistenziali ai Servizi per l’Emergenza Psichiatrica Post-Acuzie Territoriale:

Il percorso è indicato in tutte quelle situazioni di “crisi” in soggetti ospiti delle Strutture Socio-assistenziali al fine di integrare i Piani educativi con piani terapeutici-riabilitativi presso il CDT o la SRTRE.

- Percorsi Assistenziali dai Servizi Territoriali ai Servizi per l’Emergenza Psichiatrica Post-Acuzie Territoriale:

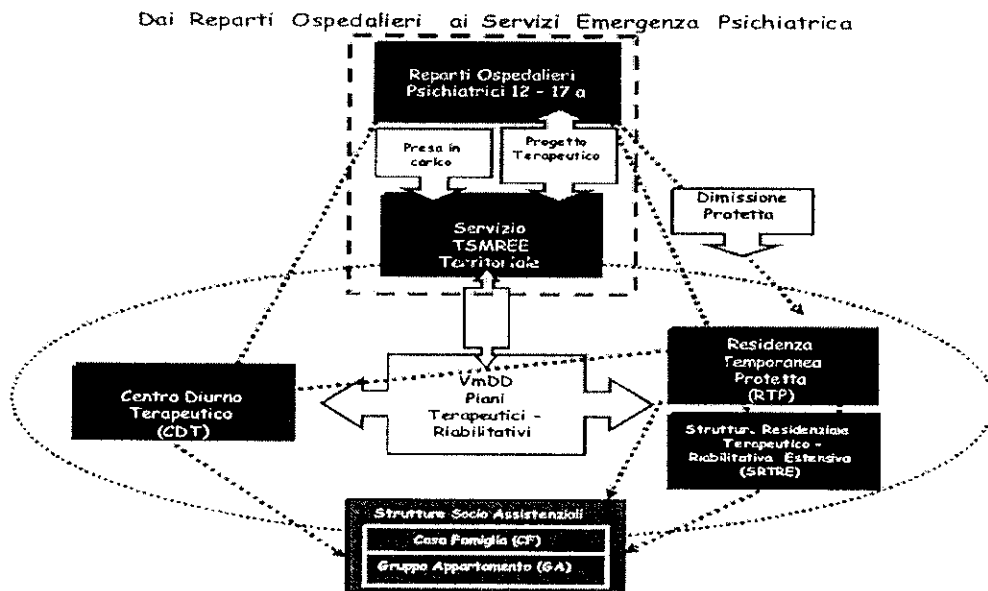
Questo percorso è indicato per soggetti con disturbi psichiatrici e grave disagio psico-sociale che richiedono Piani terapeutici-riabilitativi per periodo medio-lunghi non effettuabili presso i Servizi territoriali, piani effettuabili presso il Centro Diurno Terapeutico (CDT) o la Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa Estensiva (SRTRE).





- Allegato 2: Tavola 2

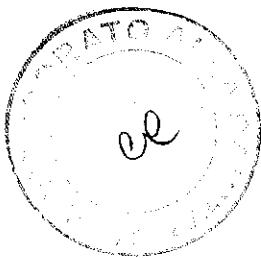
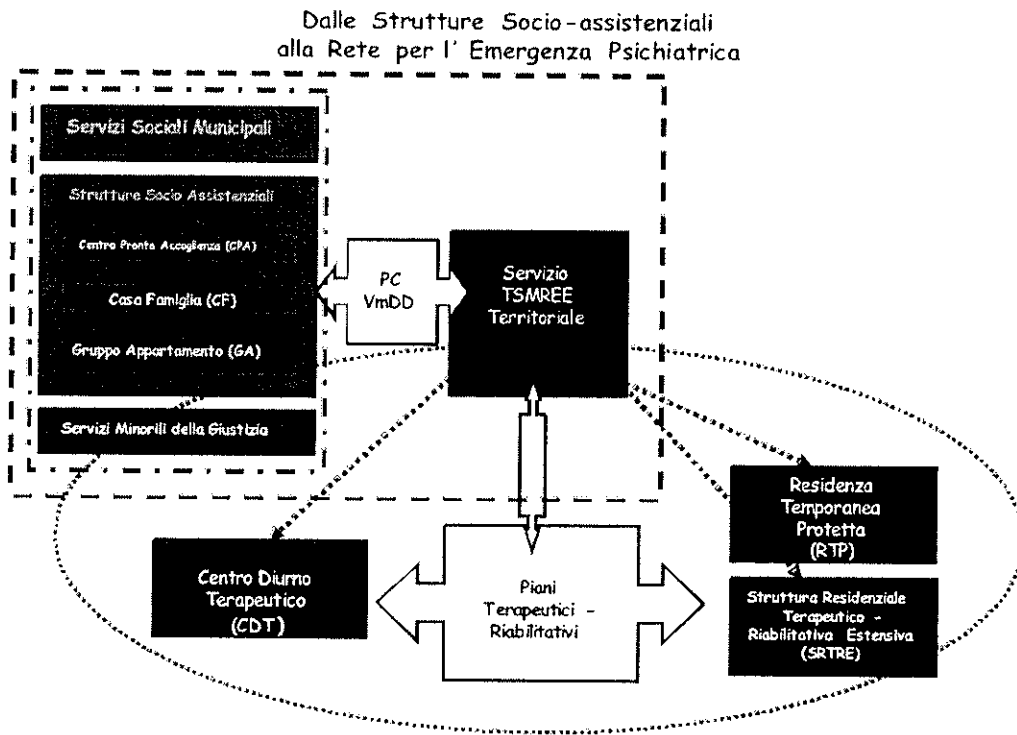
Percorsi Assistenziali dall'Ospedale ai Servizi per l'Emergenza Psichiatrica





- Allegato 2: Tavola 3

Percorsi Assistenziali dai Servizi Socio-assistenziali ai Servizi per l'Emergenza Psichiatrica

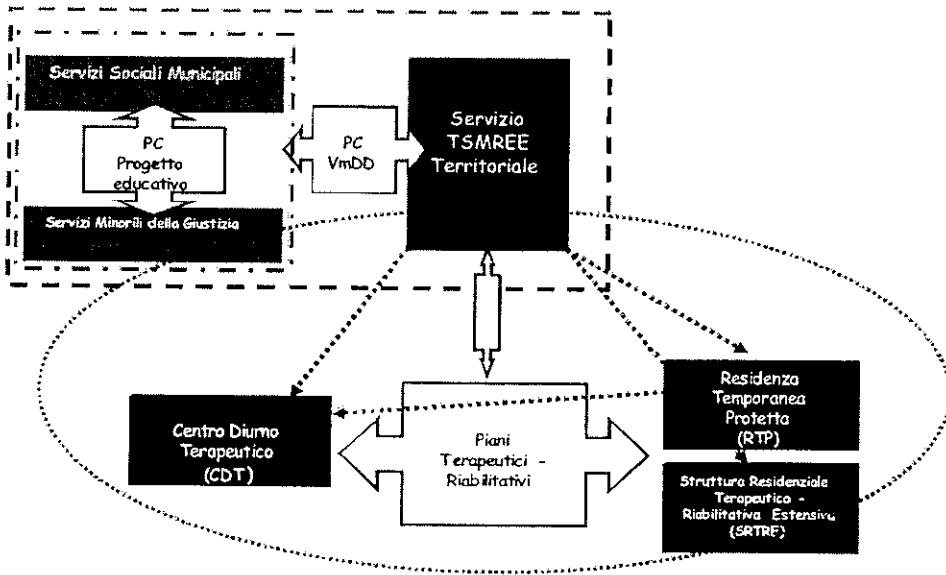




- Allegato 2: Tavola 4

Percorsi Assistenziali dai Servizi Territoriali ai Servizi per l'Emergenza Psichiatrica

Dai Servizi Territoriali alla Rete per l'Emergenza Psichiatrica





Allegato 3

Progetti Terapeutico-riabilitativi, criteri di Ammissione e Dimissione e requisiti strutturali/organizzativi per la rete dei Servizi per l'Emergenza dell'Età Evolutiva

Progetti Terapeutico-riabilitativi

Il Progetto Terapeutico-Riabilitativo è formulato e concordato (modalità di realizzazione, tempi e verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati) in stretta collaborazione tra l'Equipe della Struttura Residenziale o Semiresidenziale, il Servizio/i inviante/i, la famiglia e il soggetto (ove possibile). Quest'ultimo non è attore passivo di cure, ma partecipa attivamente al proprio progetto, collaborando fattivamente al perseguimento e alla realizzazione dello stesso.

I soggetti vengono inviati dai Servizi territoriali T.S.M.R.E.E. della ASL che garantiscono la Presa in Carico e la Continuità Terapeutico Assistenziale. Le richieste provenienti dai Servizi sociali dei Municipi, dei Comuni, dai Servizi Minorili della Giustizia, devono essere accompagnate da una valutazione multidisciplinare e multidimensionale del Servizio territoriale T.S.M.R.E.E. di competenza, al fine di addivenire ad una programmazione congiunta con l'equipe della Struttura comunitaria.

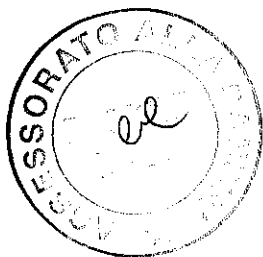
Nel caso di minori stranieri non accompagnati, si verificherà la fattibilità di una presa in carico da parte dei servizi sanitari del territorio secondo un criterio di rotazione delle ASL – per quanto riguarda il territorio del Comune di Roma - o secondo altro criterio da definirsi.

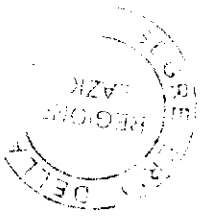
La durata del percorso è adeguata ai bisogni e alle capacità dei pazienti e secondo criteri di appropriatezza legati alla tipologia clinica e alla tipologia delle Strutture in cui viene inserito.

Ammissione

L'accoglienza dell'utente deve essere preceduta pertanto da una valutazione sull'opportunità/necessità del trattamento in struttura, seguendo quindi criteri relativi alla tipologia clinica e alla tipologia della struttura di accoglienza.

L'accoglienza è caratterizzata da un percorso osservativo che prevede, tra l'altro, incontri tra i diversi soggetti attivi del progetto: utente, Servizio/i inviante/i, operatori della struttura, famiglia (se presente). Tale periodo, è necessario per elaborare un Progetto





Individualizzato e permettere all'utente la elaborazione della motivazione al programma di interventi che tenga conto degli aspetti terapeutici, educativi e riabilitativi in risposta alle esigenze ed ai bisogni rilevati.

L'inserimento, con tempi variabili e differenziati a seconda della tipologia clinica e della struttura che andrà ad accogliere il paziente, nonché dell'eventuale presenza di un provvedimento del Tribunale per i Minorenni, coinciderà con la definizione di un contratto terapeutico individuale nel quale vengono definiti, in linea programmatica, gli obiettivi sui quali lavorare, le modalità e, in via indicativa, i tempi di realizzazione dello stesso, le regole della struttura da rispettare. Il lavoro terapeutico, mirerà a generare nel tempo, attraverso confronti e verifiche, un'evoluzione degli obiettivi e del processo terapeutico.

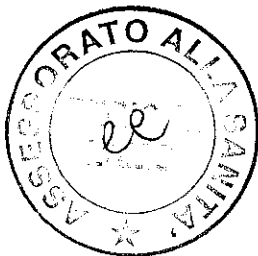
Il Progetto Individualizzato, che entrerà a far parte della documentazione e della cartella clinica del paziente, sarà periodicamente soggetto a verifica in degli incontri appositi con l'equipe di riferimento dei Servizi sanitari e socio-assistenziali di pertinenza dell'utente, dove si rileveranno i risultati e le mete raggiunte, e dove verranno delineati eventualmente gli obiettivi successivi.

Dimissione

Il processo di dimissione dovrà essere preparato per tempo attraverso percorsi flessibili elaborati su misura e calati sul singolo paziente. Già durante il percorso terapeutico-riabilitativo, dovranno essere concertati con i servizi territoriali competenti strategie di coordinamento al fine di preparare e sensibilizzare quella rete di supporto nella quale il minore tornerà a vivere (contesto familiare, contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale).

Laddove il soggetto stia per compiere la maggiore età, e qualora se ne ravvisi la necessità, ai fini di garantire una continuità dell'assistenza dovranno essere implementate da parte di tutti i Servizi di competenza tutte quelle misure atte a facilitare il passaggio graduale tra il Servizio TSMREE e il DSM.

Allo stesso tempo, sempre nel perseguimento dell'obiettivo della continuità assistenziale, si può prevedere, eccezionalmente, la prosecuzione degli interventi all'interno delle strutture anche oltre il 18° anno di età, al fine di garantire il raggiungimento di obiettivi terapeutici-riabilitativi, necessari ad un successivo passaggio di fase.





Requisiti strutturali ed organizzativi per le Strutture Semiresidenziali e Residenziali per l’Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva

Per quanto riguarda i “Requisiti strutturali ed organizzativi per le Strutture Semiresidenziali e Residenziali per l’Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva”, si rimanda a quanto previsto nella DGR n° 424/2006 punto 4.3.

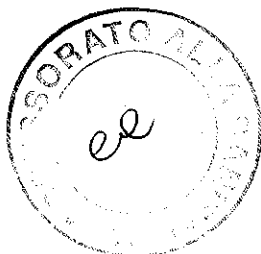
I requisiti organizzativi delle Strutture Semiresidenziali e Residenziali per l’Emergenza Psichiatrica per l’Età Evolutiva dovranno prevedere la presenza di figure professionali con specifica conoscenza e competenza nell’area dell’età evolutiva al fine di garantire la qualità della programmazione, dell’attuazione e della valutazione degli interventi, variamente programmato o per fasce orarie, a seconda della tipologia della struttura.

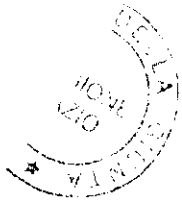




11. Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Apr;42(4):386-405
- ISTAT, L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici, Roma 2006.
- Wichstrom L, Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 May;39(5):603-10.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ eds . Reducing risk for mental disorders. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, 1994.
- OMS, Investing in mental health. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/mental_health/media/en/investing_mnh.pdf).
- OMS, Investing in mental health. Geneva, World Health Organization, 2003
- OMS, Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)
- OMS, Child And Adolescent Mental Health Policies And Plans, Geneva, World Health Organization, 2005
- Durlak, J. A., & Wells, A. M., Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 1997, 25, 115-152.
- Keating D, Hertzman C, eds.. Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics. New York, The Guilford ,1999





12. Gruppo di Lavoro Regionale Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva

Coordinatore Regionale Valentino Mantini,
Direzione Regionale Programmazione Sanitaria
Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio- sanitaria

Coordinatori Tecnici M. Irene Sarti
Neuropsichiatra Infantile
Coordinamento Regionale Tutela Salute Mentale in Età Evolutiva

Paolo Marchetti
Assistente Sociale
Coordinamento Regionale Tutela Salute Mentale in Età Evolutiva

Segreteria Regionale Carla Ceci
Direzione Regionale Programmazione Sanitaria
Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio- sanitaria

VINCENZINA ANCONA Neuropsichiatra Infantile
ASL Latina

IGNAZIO ARDIZZONE Neuropsichiatra Infantile
Università di Roma
"La Sapienza"
Sezione Psichiatria-SINPIA Lazio

CLAUDIO BENCIVENGA Psicologo
Coordinamento Comunità
Terapeutiche del Lazio INTEGRA

SILVIA BRACCI Neuropsichiatra Infantile,
Psichiatra
ASL Roma E
Coordinamento Regionale
Disabili Adulti

DARIO CALDERONI Neuropsichiatra Infantile Curatore ed estensore del
ASL Roma B Documento

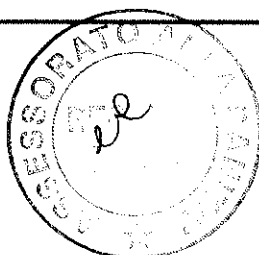




ROBERTO	CALLEGARI	Neuropsichiatra Infantile Tribunale per i Minorenni di Roma	
ELIO	CAMILLI	Psicologo ASL Roma E	
SANDRO	CASINI	Psichiatra Settore Sanitario Convenzionato	
ANNAGIULIA	DECAGNO	Logopedista, Roma D Coordinamento Regionale TSMREE	
CARMELA	DE GIORGIO	Psicologo Centro per la Giustizia Minorile del Lazio	
PAOLA	DE RIU'	Assistente Sociale Ordine Assistenti Sociali della Regione Lazio	
EMILIA	DE ROSA	Neuropsichiatra Infantile Policlinico Universitario Gemelli	
GIROLAMO	DIGILIO	Pediatra Aresam-Onlus, Associazione Regionale per la Salute Mentale del Lazio; Comitato direttivo dell'UNASAM, Unione Nazionale Associazioni per la Salute Mentale	
DIANA	DI PIETRO	Neuropsichiatra Infantile ASL Roma H	
ROCCO	FARRUGGIA	Neuropsichiatra Infantile ASL Roma A	Coordinatore sottogruppo Strutture Semiresidenziali, Residenziali, progetti di integrazione socio-sanitaria
MAURO	FERRARA	Neuropsichiatra Infantile Università di Roma "La Sapienza"	Coordinatore sottogruppo Strutture Ospedaliere, rapporti con il 118 e con le Autorità Giudiziarie

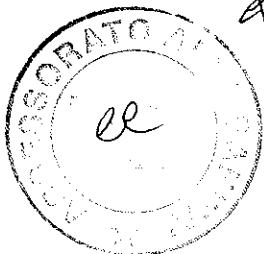


MARIAPIA	FERRARI	Neuropsichiatra Infantile ASL Roma C Coordinamento Regionale TSMREE
GIOVANNI	FULVI	Caritas Diocesiana
ANDREA	GADDINI	Psichiatra Lazio sanità ASP Coordinatore sottogruppo Prevenzione ed Epidemiologia
ELISABETTA	GIULIANI	Provincia di Roma
GABRIEL	LEVI	Neuropsichiatra Infantile Università di Roma "La Sapienza"
MARI	PAOLA	Psicologo ASL Roma B Coordinamento Regionale TSMREE
MARGHERITA	OCCHIUTO	Assistente Sociale COMUNE DI ROMA Dipartimento V U.O. Minori e Famiglia
MADDALENA	OLIVIERO	Psicologo ASL Roma F
GIANFRANCO	PALMA	Psichiatra ASL Roma E Coordinamento Regionale Psichiatria
DANIELA	PEZZI	Psicologo Coordinamento Regionale Psichiatria Consulta Regionale sulle Malattie Mentali
CELESTE	PIERANTONI	Neuropsichiatra Infantile ASL Viterbo





RITA	POTENA	Neuropsichiatra Infantile ASL Roma B
BRUNO	SPINETOLI	Neuropsichiatra Infantile ASL Roma E
MARINA	VESPA	Neuropsichiatra Infantile ASL Rieti



Handwritten signatures