



S.I.N.P.I.A.

SOCIETA' ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
SEZIONE REGIONALE Lazio

Politiche del Sistema Integrato in favore della salute mentale di bambini e adolescenti .

Richiesta di Integrazione alla Proposta di legge regionale concernente :
“Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”

*Intervento del Dott. Rocco Farruggia e della Dott.ssa Enza Ancona
della Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
(S.I.N.P.I.A.) - Sezione Regionale del Lazio
in audizione alla VII Commissione - Politiche sociali e salute
del Consiglio Regionale del Lazio
28 gennaio 2014*

Egregio Presidente,

le politiche per la prevenzione e il trattamento della sofferenza psichica dei bambini e degli adolescenti risentono del progressivo abbattimento delle risorse e una carenza di attenzione in termini di strumenti fondamentali per garantire un welfare a misura di bambini .

Le politiche per la salute mentale del bambino e dell'adolescente devono prioritariamente orientarsi verso gli aspetti di prevenzione, diagnosi precoce, cura e presa in carico indirizzandosi alla specificità delle diverse fasce di età.

Le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per il 2020 sono preoccupanti: il carico di disabilità legato ai disturbi mentali nei giovani è destinato ad aumentare. Nel 2020 si prevede che un ragazzo su cinque presenti un disturbo mentale.

La Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) - Sezione Regionale del Lazio ritiene che la Regione Lazio potrebbe svolgere un ruolo assai proattivo rispetto a un problema come quello della salute mentale dei bambini e degli adolescenti .

La SINPIA – Lazio aveva già proposto alla Regione Lazio nel 2010 ¹ le linee di indirizzo per il raggiungimento di obiettivi strategici per il benessere e la salute mentale in età evolutiva, in particolare, l'opportunità di :

- un' azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni delle diverse fasce d'età (prima e seconda infanzia, età di latenza e preadolescenza, prima e seconda adolescenza), considerando l'adolescenza come un punto d'arrivo di un continuum evolutivo di sviluppo;

- la necessità di collaborare a un intervento complessivo che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute, in considerazione della stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto relazionale e di vita, che richiede un intervento allargato alla famiglia e all'ambiente educativo-scolastico e sociale.

Per intervenire su problematiche neuropsichiche dell'infanzia e dell'adolescenza è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi che assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta, richiedono politiche di integrazione socio – sanitaria *dedicate*.

Tutto il nostro sistema socio-educativo-sanitario dovrebbe orientarsi complessivamente verso una prospettiva proattiva nei confronti del benessere degli adolescenti con attività finalizzate a migliorare gli stili di vita degli adolescenti e ad aumentare la consapevolezza dei loro comportamenti, in un momento della vita in cui vi è maggiore propensione ad esporsi a rischi e vulnerabilità.

L'attuale *range* di interventi territoriali disponibili nella Regione Lazio per le situazioni di crisi presenta numerose criticità. In particolare , sono presenti significative carenze nella risposta semiresidenziale e residenziale terapeutica, con soli 2 Centri Diurni dedicati all'utenza adolescente con disturbo psicopatologico e sociale, ed una bassa capacità di risposta terapeutica delle strutture residenziali che, sempre nella nostra Regione, sono di carattere socio-educativo. Anche la possibilità di porre in essere interventi educativi intensivi, sia a livello territoriale che domiciliare, è scarsa per cui l'intervento ambulatoriale rappresenta il solo percorso assistenziale possibile per l'utente e le loro famiglie.

¹ Bartolomeo S. , Farruggia R. , Levi G. “ Proposta di legge regionale concernente “Norme in materia di benessere, salute mentale e riabilitazione per l'età evolutiva” in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* (2010) 77:439-448

Tutto il nostro sistema socio-educativo-sanitario dovrebbe orientarsi complessivamente verso una prospettiva proattiva nei confronti del benessere degli adolescenti con attività finalizzate a migliorare gli stili di vita degli adolescenti e ad aumentare la consapevolezza dei loro comportamenti, in un momento della vita in cui vi è maggiore propensione ad esporsi a rischi e vulnerabilità.

Per questo la SINPIA – Lazio, considerata la rilevanza sociale del tema, ritiene importante un confronto con Lei e la Commissione da Lei presieduta per valutare le proposte che vorremmo avanzare alla Regione Lazio e in particolare:

a) la predisposizione di uno specifico art. , denominato, *“Politiche in favore della salute mentale di bambini e adolescenti “* di cui si allega il testo, da inserire nel Capitolo II, subito dopo l’art. 9, dell’attuale *“Proposta di legge regionale concernente : Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”* (Delib. N. 321 del 10/10/2013)

Certi della Sua attenzione e della Sua sensibilità verso queste tematiche restiamo in attesa di un Suo gentile riscontro

Roma, 20 Gennaio 2014

Dott.ssa Enza Ancona
Segreteria SINPIA Lazio

Dott. Rocco Farruggia
Segretario Regionale SINPIA Lazio

INDICE

Le Politiche in favore della salute mentale di bambini e adolescenti	5
Il quadro nazionale	6
Aree prioritarie e percorsi di cura possibili	8
Proposta di inserimento dell' art. "Politiche in favore della salute mentale di bambini e adolescenti "	9
Allegato 1	
Modello d'intervento integrato socio sanitario per la realizzazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici	

Le Politiche in favore della Salute mentale di bambini e adolescenti

Premessa

Il rispetto e la difesa dei minori è una conquista culturale considerevole, uno degli indicatori grazie ai quali si può misurare il grado di civiltà di una nazione e dei suoi cittadini sebbene, spesso, le azioni che si mettono in campo a livello di politiche sociali e sanitarie tradiscano le attese e le promesse che vengono dichiarate. La tutela della Salute Mentale nei bambini e negli adolescenti riveste oggi più che mai un ruolo di primo piano nel campo delle politiche sociali.

“Il minore ha diritto ad una assistenza globale e continuata, mediante una rete organizzativa che integri strutture sanitarie e figure professionali diverse, definendo percorsi assistenziali condivisi e attivando forme di supporto economico-sociale linguistico-culturale ed educazionale che facciano fronte alle necessità fisiche, emotive, psichiche e logistiche sue e della sua famiglia.”
(Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari) .

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sottolinea l'importanza dell' **integrazione della salute mentale dei bambini e degli adolescenti nelle cure primarie**, l'importanza del contesto familiare, dell'accesso all'educazione, alla riabilitazione e alla vita di comunità quale parti essenziali di ogni approccio rivolto alla tutela della salute.

Con l'espressione **salute mentale**, secondo la definizione dell' *OMS*, si fa riferimento non ad una semplice assenza di malattia ma ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

Si pone pertanto la questione di come accogliere adolescenti che presentano problemi psicopatologici e sociali, da parte non solo dei professionisti della sanità, ma anche da parte del corpo sociale nel suo insieme.

Il quadro nazionale

L'Italia ha buoni modelli e normative, anche se poco applicate, e con ampie disuguaglianze intra e inter-regionali. Resta insufficiente lo stanziamento di risorse da parte delle Regioni per garantire alle ASL e ai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) di diffondere e consolidare la necessaria rete di strutture territoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero, garantendo al loro interno le équipes multidisciplinari indispensabili per l'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici.

Continuano ad esservi Regioni in cui mancano gli stessi servizi territoriali e/o il personale è gravemente insufficiente e/o non sono previste tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi terapeutici.

Il 6 ° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2012-2013, sul tema salute e sviluppo degli adolescenti, raccomanda che l'Italia rafforzi servizi e programmi disponibili e di qualità per la salute mentale e in particolare:

a) l'applicazione e l'effettuazione del I monitoraggio senza indugio delle Linee Guida Nazionali sulla Salute Mentale;

b) lo sviluppo di una politica generale nazionale sulla salute mentale, chiaramente incentrata sulla salute mentale degli adolescenti, e la garanzia dell'applicazione efficace attraverso l'attribuzione di finanziamenti, risorse pubbliche adeguate, lo sviluppo e applicazione di un sistema di monitoraggio;

c) l'applicazione di un approccio multidisciplinare al trattamento dei disturbi psicologici e psico-sociali tra i minori.

Le criticità più significative evidenziate dal Rapporto sono :

- 1. La patologia psichiatrica resta quella maggiormente negletta , in particolare in adolescenza, sia nell'ambito della diagnosi precoce sia in quello della gestione delle emergenze che richiedono ricovero o interventi intensivi, per le quali il quadro è assai critico;*
- 2. La maggior parte dei ricoveri psichiatrici in adolescenza avvengono per disturbi della condotta, abuso di sostanze o di alcool, gravi disturbi d'ansia e disturbi del comportamento alimentare;*
- 3. Altrettanto critica è la situazione relativa agli inserimenti in comunità terapeutica, su cui non esistono dati nazionali e che, spesso, avvengono lontano dalla residenza dei ragazzi a causa della carenza di strutture, con lunghe attese e difficoltà nel reinserimento nel proprio territorio;*
- 4. L'impatto dei disturbi della condotta appare essere sempre più rilevante, come l'abuso di sostanze e di alcool, che raramente è una vera e propria tossicodipendenza, ma ha comunque un ruolo significativo sia nella slatentizzazione del disturbo psichiatrico che nella complessità della sua gestione.*

Ciò implica la necessità di rimodulare i percorsi diagnostici e terapeutici e di giungere a definire modalità di raccordo stabile tra i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) , i Dipartimenti di Salute Mentale e i Dipartimenti Dipendenze, attraverso programmi di intervento mirati per migliorare il coordinamento e la rete, e per potenziare i servizi attraverso progetti organizzativi innovativi.

Ciononostante, nel campo della promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza e della diagnosi precoce dei disturbi neuropsichici, le iniziative continuano a restare poche, frammentate, con fondi molto limitati soprattutto nell'attuale periodo di crisi, e non sufficientemente coordinate tra le diverse componenti sanitarie.

Il Piano di Azione Nazionale Salute Mentale, 2013 , nell'individuare le seguenti priorità strategiche per lo sviluppo dei Servizi della salute mentale :

- a. Sviluppare sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti;
- b. Centralità dei diritti sociali e di cittadinanza;
- c. Definizione dei contenuti dei livelli essenziali di assistenza;
- d. Porre una nuova attenzione al lavoro di equipe;
- e. Sviluppare percorsi di formazione, ricerca e intervento.

definisce la **presa in carico in età evolutiva** , come “ *percorso di trattamento per utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali*” la cui metodologia di lavoro si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura, che sappiano intercettare le attuali domande della popolazione.

Particolarmente critiche appaiono le risposte di **presa in carico vs percorsi di cura** dei disturbi psichiatrici in adolescenza , soprattutto al momento dell'acuzie e l'intervento precoce e la presa in carico nelle disabilità complesse e dello sviluppo, nonché la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.

In tale prospettiva diviene rilevante, a livello dei servizi territoriali , differenziare le tipologie dei bisogni e delle domande per individuare percorsi territoriali di cura diversificati, quali ad esempio la collaborazione con altri servizi anche dell'area sociale ed educativa, la relazione di cura continuativa paziente – specialista, la presa in carico per pazienti portatori di bisogni gravi e/o complessi con progetto terapeutico condiviso.

Aree prioritarie di intervento e percorsi di cura possibili

Gli attuali servizi regionali per le problematiche dell'infanzia e adolescenza risentono della difformità nei modelli e nei tempi che sono stati perseguiti dalle singole regioni nella loro programmazione e costituzione. In alcune Regioni i servizi sono stati indirizzati verso l'ambito della salute "materno-infantile", in altre verso i servizi psichiatrici per gli adulti e quindi verso i Dipartimenti di Salute mentale.

Nel bambino una condizione di benessere influenza lo sviluppo di abilità pro sociali, importanti per lo sviluppo di competenze accademiche in adolescenza: queste a loro volta influenzano lo sviluppo di buone competenze sociali in età adulta.

Esiste una relazione tra la psicopatologia e le difficoltà a raggiungere i propri compiti evolutivi. In tutto l'arco dello sviluppo, siamo orientati a considerare i disturbi non solo in termini di classificazione ma a valutare e considerare altri fattori come pattern di adattamento e disadattamento, fattori di rischio e protettivi, per cui il disturbo non è qualcosa che appartiene al singolo individuo ma può essere definito solo nella relazione tra individuo e contesto. Secondo l'ipotesi neuroevolutiva l'esordio psicopatologico viene considerato come esito di un processo che da un deficit cerebrale più o meno sfumato porta ad una vulnerabilità evolutiva.

Questa vulnerabilità può incontrarsi con stressor biopsicosociali in cui oltre ad elementi familiari, sociali ; la stessa adolescenza può rappresentare un evento neurofisiologico ed ormonale particolarmente stressante.

Questa concettualizzazione, poco accettata nei sistemi di programmazione sanitaria, evidenzia come per sviluppare una reale promozione della salute mentale in età evolutiva, è necessario intervenire sulle manifestazioni patologiche quando si presentano, individuare precocemente i segnali che precedono la comparsa della patologia al fine di prevenire il precipitare degli eventi.

La difficile predittività dei ricoveri psichiatrici risulta correlata anche alle difficoltà di riconoscere i segni preclinici e clinici di disturbi psichici in adolescenza (disturbi della condotta, disturbi d'ansia) che possono dare luogo a crisi improvvise che richiedono interventi in emergenza ed alla scarsa attenzione data al fenomeno della continuità tra i disturbi emergenti in età infantile e adolescenziale e quelli dell'età adulta.

Altrettanto note sono le controverse difficoltà che le Agenzie Educative primarie coinvolte (famiglia, scuola) incontrano nell'individuare i fattori di sofferenza psichica al loro iniziale manifestarsi.

Una recente ricerca epidemiologica (Progetto Italiano Salute Mentale Infantile (PRISMA), 2007) condotta su preadolescenti tra gli 11 e i 13 anni ha evidenziato come 8 ragazzi su 100 presentano segni clinici riferibili ad un disturbo psicopatologico con prevalenza di ansia e depressione. La stessa ricerca indica come solo il 14% degli adolescenti diagnosticati avesse consultato un centro specialistico. I dati PRISMA confermano le difficoltà ad intercettare la psicopatologia adolescenziale prima che si manifesti con segni clamorosi che conducono a situazioni di urgenza-emergenza (tentativi di suicidio, psicosi, disturbi di panico..).

Un ruolo significativo del fenomeno del ricovero psichiatrico in adolescenza è svolto dalla commistione con episodi di abuso di sostanze che slatentizzano quadri psicopatologici , evidenziato anche dai recenti dati regionali (Agenzia di Sanità Pubblica,*I Giovani Adulti (età 18-26 aa.) nei Dipartimenti di Salute Mentale del Lazio, 2013*) in cui si evidenzia che sui 3.436 accessi di minori al Pronto Soccorso , 943 (27,4 %) ricevevano una diagnosi nel gruppo delle “Dipendenze” [vedi Allegato 1 “Le buone pratiche” nella Regione Lazio, nel presente documento].

Proposta di inserimento dell' art. "Politiche in favore della salute mentale di bambini e adolescenti "

Considerata la complessità e la criticità dei compiti per il benessere psico-sociale e la salute mentale dei bambini e degli adolescenti riteniamo pertanto individuare uno specifico art. , nominandolo : *"Politiche in favore di bambini e adolescenti per la prevenzione e il trattamento del disagio psicopatologico"* , da inserire nel Capitolo II , subito dopo l'attuale art. 9 , della Proposta di legge regionale concernente : Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio" (Delib. N. 321 del 10/10/2013) :

Art. 9 bis

(Politiche in favore di bambini e adolescenti per la prevenzione e il trattamento del disagio psicopatologico)

- Il sistema integrato sostiene la promozione del benessere e garantisce alla persona minore di età la protezione e gli interventi di cura necessari per il disagio psichico

- Le politiche in favore delle persone di cui al comma 1 sono perseguite, in particolare, attraverso interventi e Servizi riguardanti:

a) Percorsi volti a rimuovere ogni forma di emarginazione sociale e ambientale dei nuclei con minori con disturbi psicopatologici;

b) Assistenza personale attraverso organismi accreditati per l'aiuto alla persona nell'inserimento sociale, scolastico, tirocinio formativo,

c) Realizzazione di percorsi con i servizi deputati alla cura di giovani e adulti con disturbi psicopatologici di integrazione con i servizi sociali minori;

d) Specifiche forme di sostegno e accoglienza in strutture dedicate agli adolescenti:

- Ambulatori dedicati per la fascia adolescenziale ;

- Centri Diurni Terapeutici e Residenze Temporanee Protette;

- Comunità Terapeutiche e Socio-Educative ;

- Comunità Alloggio per percorsi di semiautonomia ;

e) Laboratori sociali integrati con altre forme di socializzazione disponibili sul territorio per lo sviluppo dell'autonomia e dell'inclusione sociale;

f) Percorsi con le istituzioni scolastiche, servizi sociali, asl attraverso progetti mirati, volti ad intercettare precocemente segnali predittivi di una possibile evoluzione psicopatologica;

g) Realizzazione di percorsi con i servizi deputati alla cura di giovani e adulti con disturbi psichiatrici di integrazione con i servizi sociali minori;

h) Percorsi di tutoraggio alle famiglie nella gestione degli adolescenti con problematiche psichiche.

Allegato 1

**Modello d'intervento integrato socio sanitario
per la realizzazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)
per adolescenti con disturbi psichiatrici**



S.I.N.P.I.A.

**SOCIETA' ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
SEZIONE REGIONALE Lazio**

Modello d'intervento integrato socio sanitario per la realizzazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici : linee programmatiche.

*Intervento del Dott. Rocco Farruggia e della Dott.ssa Enza Ancona
della Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
(S.I.N.P.I.A.) - Sezione Regionale del Lazio
in audizione alla VII Commissione - Politiche sociali e salute
del Consiglio Regionale del Lazio
9 gennaio 2014*

Egregio Presidente, Onorevoli Consiglieri

grazie per l'opportunità che oggi vi vede presenti a questa audizione per ascoltare le problematiche del disagio adolescenziale, in particolare delle ragazze e dei ragazzi con disturbi psicopatologici e psicosociali importanti.

L'assistenza terapeutica per gli adolescenti psichiatrici presenta delle gravi carenze, nell'ambito delle strutture "intermedie". Nella città di Roma, infatti, sono presenti attualmente solo tre realtà rivolte agli adolescenti: un Centro Diurno Terapeutico (CDT) e una Residenza Temporanea Protetta (RTP) nella ASL RM A e un Centro Diurno Terapeutico (CDT) nella ASL RM C.

I Centri Diurni Terapeutici e le Residenze Protette sono qualcosa di più che uno spazio terapeutico. Per i nostri ragazzi rappresentano anche uno spazio di vita dove si svolgono laboratori di giardinaggio, di pittura e di cucina, attività di gioco e musicoterapia. Un luogo, quindi, dove tante persone diverse, con diverse competenze e capacità, collaborano per far sì che in questi adolescenti possa svilupparsi una capacità di ascolto di se stessi e degli altri e un senso di appartenenza e di identificazione con il gruppo.

La Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) - Sezione Regionale del Lazio ritiene che la Regione potrebbe svolgere un ruolo assai più attivo rispetto a un problema come quello degli adolescenti con problemi psichiatrici. Se, infatti, l'obiettivo principale rispetto a qualunque malattia è di ridurre al minimo l'ospedalizzazione dei pazienti, questo obiettivo è tanto più importante se interessa la platea degli adolescenti psichiatrici i quali possono trarre vantaggi enormi proprio evitando l'ospedalizzazione e usufruendo di interventi terapeutici ed educativi in comunità protette sul territorio.

Il nostro primo intento è di limitare il ricovero di questi ragazzi in un'istituzione totale che li renderebbe ancora più chiusi in sé e impermeabili a ogni forma di comunicazione.

*Per questo la SINPIA – Lazio, considerata la rilevanza scientifica e la specificità clinica del tema, ritiene importante un confronto con Voi per valutare le proposte che vorremmo avanzare alla Regione Lazio e, in particolare, la predisposizione di un **Programma regionale per l'implementazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici**, sul modello operativo in atto presso i CDT per adolescenti RMA e RMC, e il reperimento di risorse atte a consentire un potenziamento e consolidamento del lavoro svolto al fine di offrire un modello organizzativo esportabile a tutto il Territorio.*

INDICE

Premessa	4
Analisi dell'offerta	5
Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici	7
Conclusioni	9
Allegato 1 <i>Dati ASL RM A e ASL RM C</i>	10
Allegato 2 <i>Linee di indirizzo per la realizzazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici</i>	21
Allegato 3 <i>Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici : Indicatori di risultato</i>	27
Allegato 4 <i>Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici : Algoritmo</i>	28
Bibliografia	

Premessa

Il Piano d'Azione per l'Infanzia e l'Adolescenza approvato dal parlamento Italiano Aprile 1997 prevede che *“ la protezione e la promozione della salute dell'infanzia necessitano di un'integrazione efficace tra interventi sanitari e sociali, tra servizi di assistenza materno infantile e servizi sociali e educativi”*. Il Piano Sanitario Nazionale 2000 individua il Distretto quale *“Centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale”*.

Il Piano Sanitario della Regione Lazio 2002-2004 definisce la **“Continuità ed Integrazione dell'Assistenza”** come *“.. perseguimento della presa in carico del paziente da un ambito assistenziale all'altro, senza soluzioni di continuità, tale da ottimizzare il percorso assistenziale, attraverso l'efficace coordinamento tra i diversi livelli assistenziali. “*

Con la Legge 328/00 (Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali) individua il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività dei progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità ed efficienza delle prestazioni .

Con la DGR n. 114 del 31/07/2002 "Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 - PSR" la Regione Lazio individuava , tra gli obiettivi della Promozione della salute mentale in età evolutiva, l'attivazione e il potenziamento dei Centri Diurni Terapeutici (CDT) con Residenza Temporanea Protetta (RTP) per la preadolescenza e adolescenza come alternativa al ricorso al ricovero ospedaliero.

In seguito con la DGR n.262 del 24.04.2009 veniva approvato il *“Rapporto Strategico per gli Interventi Sanitari e la Gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio”*.

Recentemente , con la DGR n. 313 / 2012 , in cui viene approvato il documento sulla riqualificazione dell'Assistenza Territoriale, la Regione Lazio individua gli interventi prioritari per la riorganizzazione del Distretto, secondo la visione Chronic Care Model, in cui la costruzione e la diffusione di **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** risulta strategico all'interno di un modello operativo l'integrazione socio-sanitaria, la continuità assistenziale tra ospedale e unità clinico-assistenziali distrettuali.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 424 del 19 dicembre 2012, recante *“Piano del fabbisogno assistenziale per i minori nell'area della salute mentale per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003”*, per la stima del fabbisogno assistenziale per le strutture/servizi nell'ambito della salute mentale relative ai minori.

Tale decreto definisce non solo l'assistenza territoriale, ma anche il fabbisogno di tipologie assistenziali *“intermedie”* (Centri Diurni Terapeutici, Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (SRTR), intensive ed estensive) finalizzate a limitare i ricoveri ospedalieri inappropriati e al migliorare l'assistenza, sia in termini sanitari che economici.

Analisi dell'offerta

I principali dati epidemiologici di riferimento in questo settore provengono dai dati del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO). La Regione Lazio si sta dotando di un sistema informativo specifico per la salute mentale in età evolutiva, al fine di raccogliere i dati delle prestazioni effettuate dai servizi territoriali.

Nel Lazio in tutto il 2010, su 117.105 dimissioni di minori da reparti di degenza per acuti (regime ordinario, tutte le specialità) 921 (0,8%) avevano una diagnosi principale psichiatrica. Il 30,3% di queste dimissioni (N=279) proveniva da reparti con nessuna specificità psichiatrica (né psichiatrici, né neuropsichiatria infantile, né neurologici). Le dimissioni da reparti di neuropsichiatria infantile (NPI) costituivano il 49,1% (N=452), quelle da reparto di pediatria costituivano il 17,2% (N=158), quelle da reparto neurologico il 14,9% (N=137) e quelle da reparto psichiatrico (N=53) costituivano solo il 5,8%.

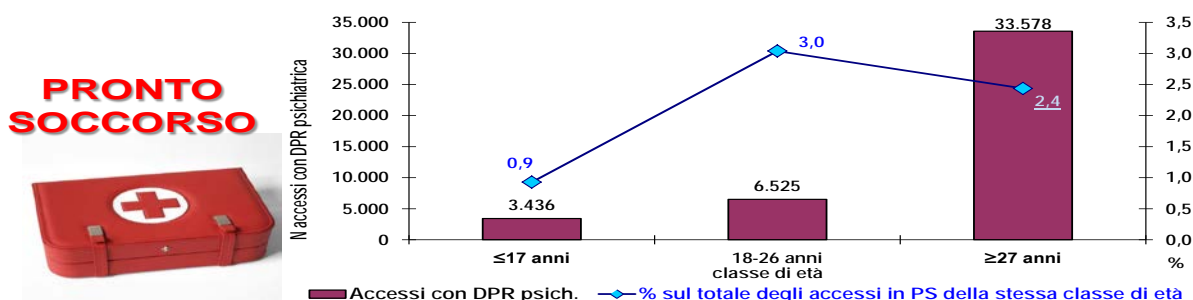
La maggioranza assoluta delle dimissioni provenienti da reparti non psichiatrici (N=279), non di neuropsichiatria infantile né neurologici, aveva una diagnosi compresa nel gruppo delle *nevrosi* (58,8%) ed era stata ricoverata in un reparto di pediatria (56,6%). La distribuzione per classi di età delle dimissioni in regime ordinario di minori da reparti di degenza per acuti con diagnosi principale psichiatrica, evidenzia che 321 di queste, cioè circa un terzo, è prodotto da minori con età compresa fra 14 e 17 anni (18 anni non compiuti).

I reparti psichiatrici pubblici per acuti (cod. 40) di norma ricoverano esclusivamente soggetti maggiorenni. Peraltro, presso tali reparti nel 2010 hanno avuto luogo 53 dimissioni di minori, la cui età era per il 94,3% compresa fra 14 e 17 anni. Complessivamente, le 53 dimissioni di minori da reparti psichiatrici sono state prodotte da 39 soggetti. Dei 39 soggetti relativi alle 53 dimissioni, 36 erano adolescenti (età 14-17 anni) ed hanno prodotto 50 dimissioni. Le dimissioni degli adolescenti sono avvenute nei seguenti reparti: Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) 60%; Reparti Universitari di psichiatria in degenza ordinaria 22%; Reparti di Case di Cura Neuropsichiatriche provvisoriamente accreditate 18%. [Agenzia di Sanità Pubblica, *Dimissioni di minori da reparti di degenza per acuti*, Lazio, 2010].

Nel 2012 il numero di accessi in Pronto Soccorso di minori con diagnosi psichiatrica è stato di N. 3.436 che rappresentavano lo 0,9 % del totale degli accessi in PS della stessa classe di età (Tab. 1).

Tab. 1 . N. Accessi in Pronto Soccorso con e senza diagnosi principale psichiatrica, per classe di età. Lazio, 2012 [ASP, Regione Lazio, 2013]

classe di età	Totale accessi in PS		Accessi con DPR psych.		% sul totale degli accessi in PS della stessa classe di età
	N	%	N	%	
≤17 anni	370.334	18,9	3.436	7,9	0,9
18-26 anni	214.784	10,9	6.525	15,0	3,0
≥27 anni	1.378.156	70,2	33.578	77,1	2,4
Totale	1.963.274	100,0	43.539	100,0	2,2

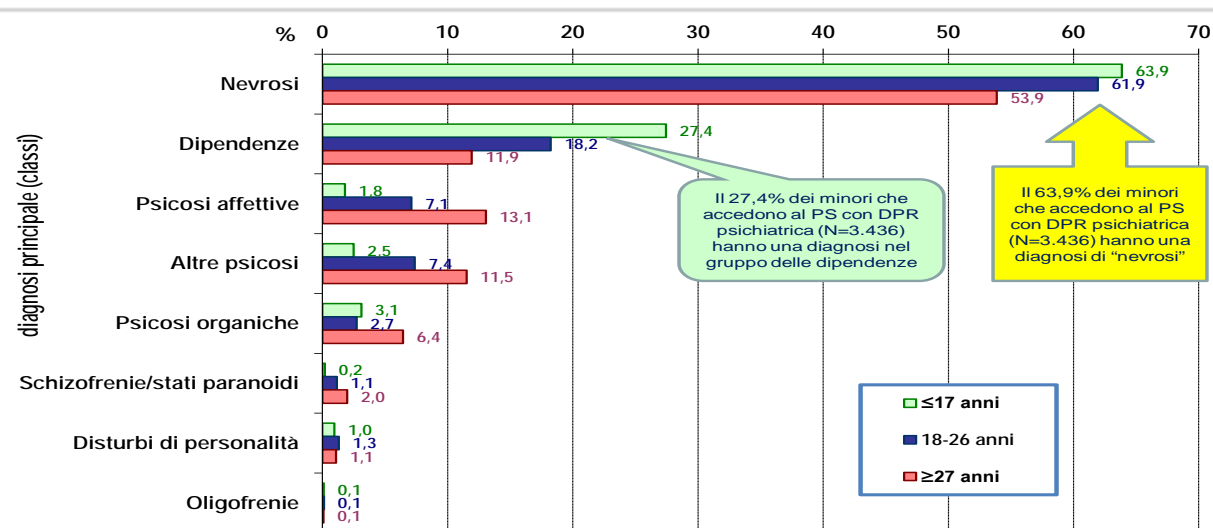


Dei 3.436 accessi di minori al PS , N. 2.194 minori (63,9 %) ricevevano una diagnosi di “Nevrosi” , N. 943 (27,4 %) una diagnosi nel gruppo delle “Dipendenze” , mentre il restante 10,7 % , ricevevano altre diagnosi psichiatriche gravi (Tab. 2 e 3) [Agenzia di Sanità Pubblica, *I Giovani Adulti (età 18-26 aa.) nei Dipartimenti di Salute Mentale del Lazio, 2013*] .

Tab. 2 . N. Accessi in PS con DPR psichiatrica per raggruppamento diagnostico e classe di età. Lazio, 2012 [ASP, Regione Lazio, 2013]

Raggruppam. Diagnostico	classe di età (N)			Totale	classe di età (% col)		
	≤17 anni	18-26 anni	≥27 anni		≤17 anni	18-26 anni	≥27 anni
Nevrosi	2.194	4.041	18.088	24.323	63,9	61,9	53,9
Dipendenze	943	1.190	4.009	6.142	27,4	18,2	11,9
Psicosi affettive	62	464	4.385	4.911	1,8	7,1	13,1
Altre psicosi	86	482	3.868	4.436	2,5	7,4	11,5
Psicosi organiche	107	179	2.160	2.446	3,1	2,7	6,4
Schizofrenie/stati paranoidi	7	75	667	749	0,2	1,1	2,0
Disturbi di personalità	33	86	369	488	1,0	1,3	1,1
Oligofrenie	4	8	32	44	0,1	0,1	0,1
Totale	3.436	6.525	33.578	43.539	100,0	100,0	100,0

Tab. 3 N. Accessi in PS con DPR psichiatrica per raggruppamento diagnostico e classe di età. Lazio, 2012 [ASP, Regione Lazio, 2013, modificato]



Questi dati sono in sintonia con i dati nazionali (A. Costantino, 2012) che gli accessi in PS/DEA per disturbi neuropsichici in età evolutiva sono in netto aumento negli ultimi anni (da 2 a 7 volte), in tutti i paesi, mentre si assiste ad una contrazione di risorse per i servizi territoriali di salute mentale per l’età evolutiva e alla diminuita capacità familiare e sociale di contenimento e gestione del disagio psichico in adolescenza.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici

In psichiatria dell'età evolutiva e dell'adolescenza la risposta all'emergenza comporta interventi multipli, essendo la patologia complessa.

Le condizioni psicopatologiche in causa nelle situazioni di emergenza sono relative ad aggressività, comportamenti dirompenti e ingestibili, psicosi acuta, mania acuta, ideazione suicidaria e tentativo di suicidio (TS), ansia acuta generalizzata, attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, disturbi della condotta alimentare (DCA) in fase di rischio medico, abuso e maltrattamento, abuso di sostanze e disturbi indotti da sostanze, disturbi comportamentali acuti e gravi nel ritardo mentale e nelle disabilità, discontrollo comportamentale o episodi psicotici acuti nei disturbi di personalità, fobie scolari severe, isolamento, rituali e fobie complesse.

In nessuna altra fase della vita il ruolo dell'ambiente è così determinante e richiede attenzione e interventi mirati. Per questo motivo maggiori sono le possibilità nell'attivazione di interventi tempestivi nell'ambito di una rete dei servizi strutturata e coordinata che agisca non solo nell'urgenza ma anche sul pre e post acuzie.

Gli interventi, infatti, per essere efficaci devono porsi al crocevia di diversi sistemi: familiare, sociale, sanitario, scolastico, giudiziario. La presenza di una rete coordinata tra i Servizi esistenti rappresenta un fattore significativo che può accelerare il trattamento dell'acuzie, la sua prevenzione e conseguentemente l'esito a lungo termine.

Tutta la letteratura recente evidenzia infatti che la salute mentale è il prodotto di interazioni complesse tra predisposizione genetica e ambientale, con età critiche in cui aumenta il rischio. Gli elementi da sottolineare sono da un lato le condizioni sociali ed economiche e dall'altro la tempestività di accesso ai Servizi.

Se la necessità di ricovero ospedaliero è indiscutibile nelle situazione di urgenza , la sua ripetizione può essere in parte prevenuta se a livello territoriale c'è la possibilità di effettuare interventi efficaci per affrontare l'emergenza psichiatrica , attraverso interventi diagnostici e terapeutici precoci, tempestivi e specializzati, che hanno la possibilità di risolvere la crisi e ridurre il rischio di cronicità.

Al momento esistono le seguenti criticità:

- carenza di luoghi di cura adatti e concepiti tenendo conto della specifica fase evolutiva;
- operatori che spesso non hanno la specializzazione necessaria;
- scarse risorse per risolvere la crisi nel contesto di vita del ragazzo;
- risposta all'urgenza inadeguata per la scarsità di posti letti in ambienti idonei (reparti NPI Ospedalieri) con elevato tasso di ricoveri impropri (reparti pediatrici, di medicina interna, SPDC).

Il modello operativo del “ **Centro Diurno Terapeutico (CDT) per Adolescenti con disturbi psichiatrici**”, realizzato dalla ASL RM A e RM C , risponde al bisogno di intervenire in modo adeguato in tutti quei casi che richiedono un intervento intensivo capace di offrire setting di cura multidisciplinari e multifocali .

Il CDT Adolescenti si pone come una struttura capace di offrire un intervento clinico ed organizzativo in rete con i servizi sanitari e sociali del territorio per la realizzazione dei seguenti obiettivi :

- ottimizzazione degli interventi assistenziali ed educativi rivolti al disagio psichico e sociale;
- costruzione di un progetto clinico psicoterapeutico e pedagogico integrato tra servizi di diverso livello e ruolo istituzionale;
- riduzione della durata del ricovero ospedaliero;
- migliorare l'inserimento sociale dell'adolescente nel proprio ambiente di vita.

Il CDT adolescenti si pone inoltre al servizio delle famiglie e delle scuole sempre in maggiore difficoltà nella gestione dei ragazzi con problematiche psichiche (abbandono scolastico precoce, isolamento sociale, disturbo della condotta, esordi psicotici, episodi autolesionistici, dipendenze).

L'esperienza di lavoro dei due CC.DD.TT. ¹ha portato all'esigenza di realizzare Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) , che presuppongono il coordinamento e il potenziamento dei Servizi già esistenti sul territorio.

Il " modello di intervento integrato socio sanitario per la realizzazione di PDTA per adolescenti con disturbi psichiatrici " si articola attraverso le seguenti azioni:

a) Segnalazione

A seguito della *Segnalazione* da parte di

- a. Unità operative di degenza psichiatria per adolescenti , in fase di pre-dimissione;
- b. U.O.S. TSMREE
- c. Servizi Sociali dei Municipi

di adolescenti con grave disagio psichico, viene attivata l'Equipe specialistica e multiprofessionale del CDT che effettua la Valutazione multidimensionale;

b) Valutazione Multidimensionale

La Valutazione Multidimensionale (VMD) ha l'obiettivo di valutare problemi, limitazioni, risorse, dell'adolescente con grave disagio psichico ed il suo contesto familiare, al fine di una definizione diagnostica, del suo profilo psico-educativo, delle risorse ambientali al fine di una definizione di un progetto terapeutico individualizzato, miranti alla cura della persona, alla sua autonomia funzionale e al miglioramento della qualità della vita

c) I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

Con la VMD viene definito il bisogno assistenziale che, sulla base della sua complessità, trova le seguenti risposte a :

- c. 1 la **presa in carico, in ambito territoriale**, dell'adolescente e della sua famiglia da parte dell'UO TSMREE ;
- c. 2 **Progetti assistenziali domiciliari** per gestire i momenti di crisi dell'adolescente all'interno della famiglia e favorire l'accesso alle strutture competenti;
- c. 3 **Programmi terapeutici semiresidenziali** c/o il Centro Diurno Terapeutico (CDT) per adolescenti ;
- c. 4 **Programmi riabilitativi residenziali** c/o la Residenza Temporanea Protetta (RTP) ;
- c. 5 **Percorsi assistenziali Ospedale-Territorio**, senza soluzioni di continuità, che diminuiscono i tempi di ricovero e facilitano la dimissione ospedaliera.

¹ In Allegato 1 si riportano i Dati relativi all'offerta dei due Servizi e i dati di flusso del periodo 2010-2013

d) Integrazione Socio-sanitaria

I Distretti Sanitari della ASL , attraverso il coordinamento della rete dei Servizi presenti sui propri territori, permette il raccordo tra interventi sanitari e sociali, al fine di garantire risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali sanitari e socio-sanitari.

e) Informatizzazione

La **tracciabilità dei percorsi** sarà garantita da una informatizzazione della Valutazione Multidimensionale e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici assistenziali , al fine di fornire ai professionisti impegnati nei diversi ambiti assistenziali del Percorso, le informazioni clinico-assistenziali del Percorso assistenziale.

f) Formazione del personale

La formazione dell' equipe specialista multiprofessionale sarà volta , attraverso lo strumento dell'Audit clinico-organizzativo, alla individuazione degli Indicatori di processo, di esito e di appropriatezza dei PDTA.

Conclusione

Si ritiene pertanto opportuno che la Regione Lazio , inserisca quali Interventi prioritari nei Programmi Operativi 2013 – 2015 , le seguenti azioni

- La implementazione di **“ PDTA per adolescenti con disturbi psichiatrici “ a livello distrettuale , in collaborazione con il livello ospedaliero e i servizi sociali ;**
- Il reperimento di risorse atte a consentire il consolidamento e il potenziamento del lavoro svolto dai CCDDTT della ASL RM A e RM C, al fine di offrire un modello organizzativo esportabile a tutto il Territorio regionale ;
- La emanazione di Linee Guida regionali per la valutazione degli esiti clinici dei Percorsi Terapeutici – Riabilitativi degli adolescenti con disturbi psichiatrici.

Allegato 1

ASL RM A

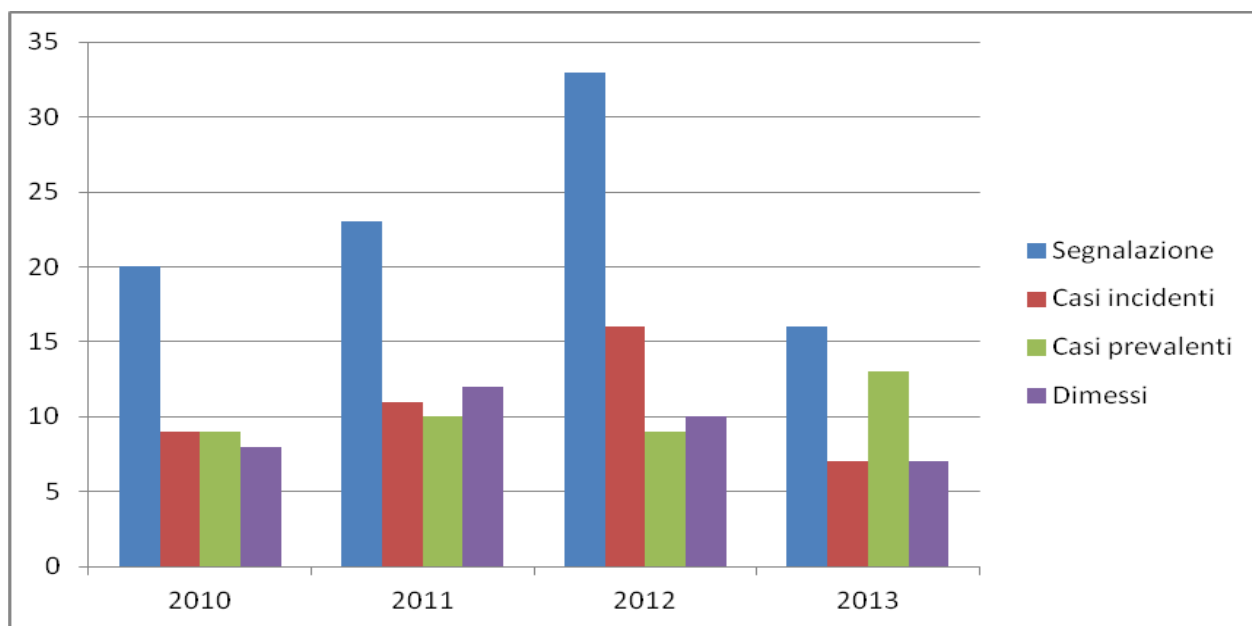
L'Azienda USL Roma A , attraverso la U.O.S. Residenzialità Età Evolutiva, dispone attualmente di :

- Equipe multiprofessionale (Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Assistente Sociale, Educatori Professionali) , adeguatamente formata ed esperta, per la Valutazione Muldimensionale di adolescenti con disturbi psichiatrici , per l'effettuazione di progetti terapeutici semiresidenziali e progetti riabilitativi residenziali;
- Centro Diurno Terapeutico, sito in Via dei Cappellari , 100, per progetti terapeutici di adolescenti con disturbi psichiatrici , in fase di pre- o post-acuzie psichiatrica, ;
- Residenza Temporanea Protetta, sito in Via Montecatini , 8, per progetti riabilitativi di adolescenti con disturbi psichiatrici ,;
- Percorso formativo aziendale (Operatori della UOS Residenzialità Età Evolutiva e delle UU.OO.SS. TSMREE distrettuali) su "La diagnosi dei Disturbi di Personalità con la *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP) 200-A*" ;
- Percorso formativo aziendale (Operatori della U.O.S. Residenzialità Età Evolutiva e delle UU.OO.SS. TSMREE distrettuali) per " L'assessment diagnostico – ADI-R (*Autism Diagnostic Interview – Revised*) e ADOS (*Autism Diagnostic PObservation Schedule*) - e dei profili psicoeducativi – *PEP-3* - dei pazienti con Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) " ;
- Percorso formativo aziendale (Operatori della U.O.S. Residenzialità Età Evolutiva e delle UU.OO.SS. TSMREE distrettuali) per " Percorsi assistenziali per i disturbi psichiatrici in adolescenza " .

ASL RM A : FLUSSI 2010 – 2013

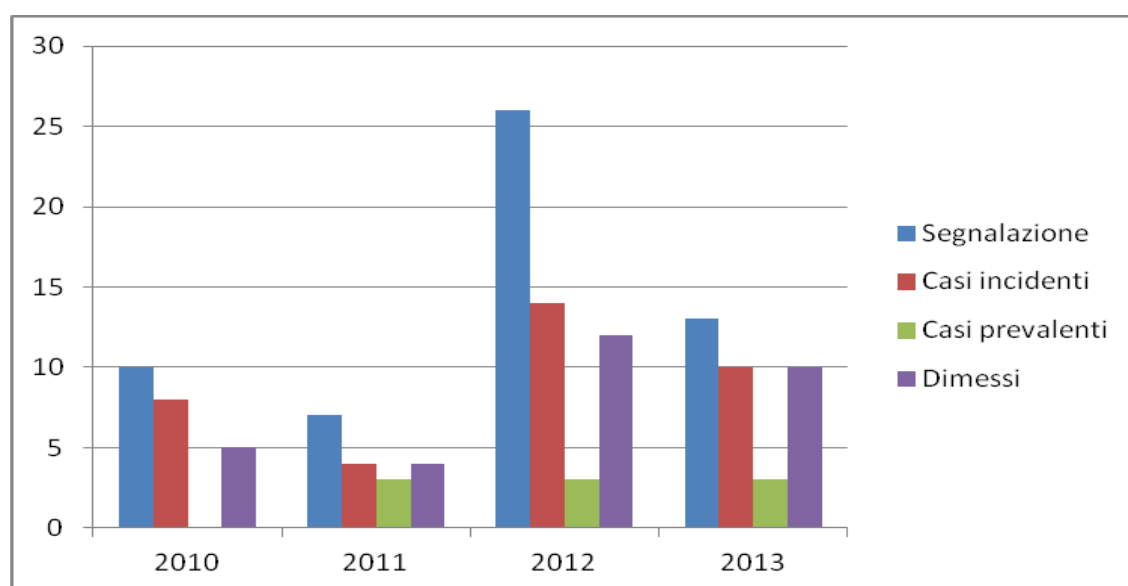
Tab. 1 Centro Diurno Terapeutico - Via dei Cappellari, 100
Segnalazioni / Pazienti in carico / Pazienti non ammessi / Pazienti dimessi

Anno	Segnalazioni	Pazienti in carico			Pazienti non ammessi	Pazienti dimessi
		Casi incidenti	Casi prevalenti	Totale		
2010	20	9	9	18	11	8
2011	23	11	10	21	12	12
2012	33	16	9	25	17	10
2013	16	7	13	20	9	7
Tot.	92	43	41	84	49	37



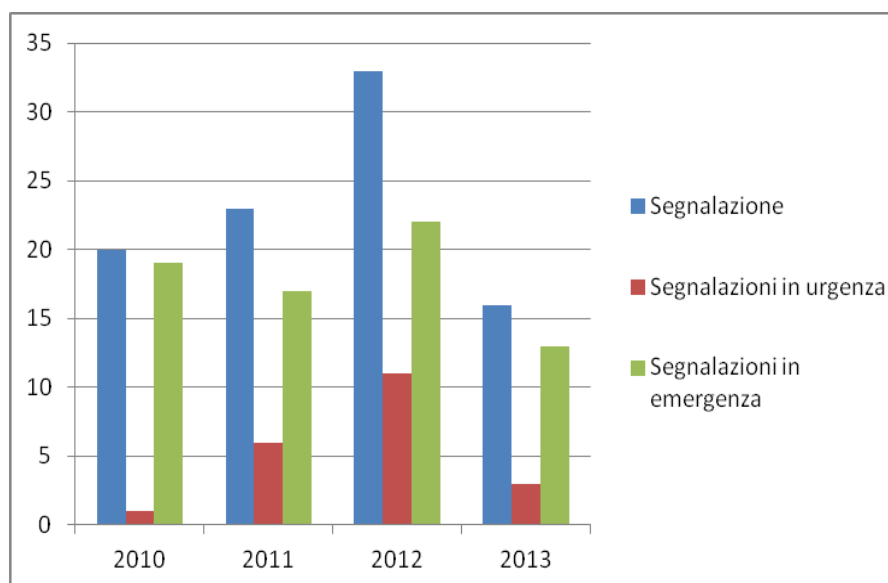
Tab. 2 Residenza Temporanea Protetta - Via Montecatini. 8 :
Segnalazioni / Pazienti in carico / Pazienti non ammessi / Pazienti dimessi

Anno	Segnalazioni	Pazienti in carico			Pazienti non ammessi	Pazienti dimessi
		Casi incidenti	Casi prevalenti	Totale		
2010	10	8	0	8	2	5
2011	7	4	3	7	3	4
2012	26	14	3	17	12	12
2013	13	10	3	13	3	10
Totale	56	35	9	45	20	31



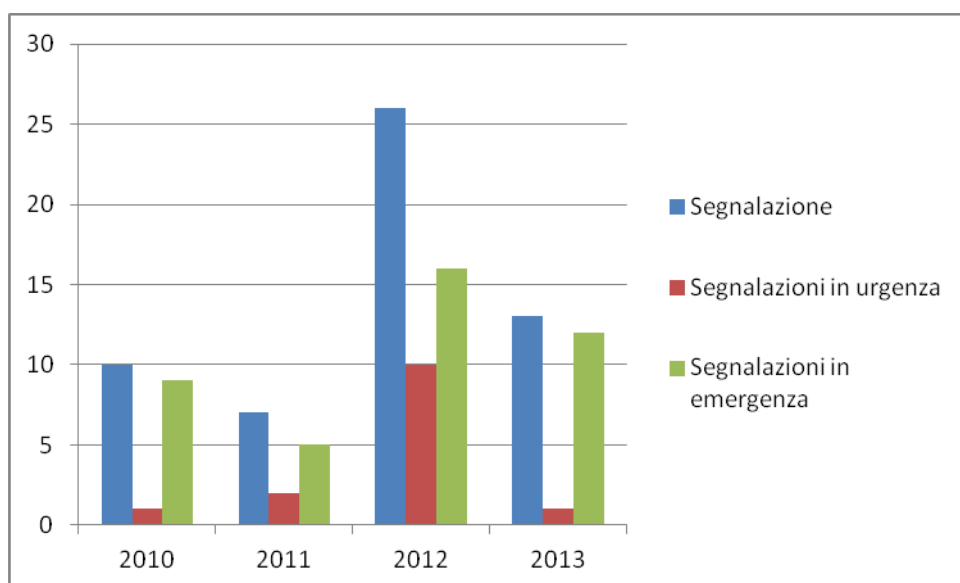
**Tab. 3 Centro Diurno Terapeutico - Via dei Cappellari, 100 :
Provenienza delle Segnalazioni**

Anno	Segnalazioni	Segnalazioni in Urgenza		Segnalazioni in Emergenza					
		Degenza Psichiatrica Adolescenti	CPA (Giustizia Minorile)	RM A	RM B	RM C	RM D	RM E	Altro
2010	20	0	1	6	2	2	8	1	0
2011	23	3	3	7	3	1	4	1	1
2012	33	7	4	5	0	2	11	0	4
2013	16	3	0	4	3	2	3	1	0
Totale	92	13	8	22	8	7	26	3	5



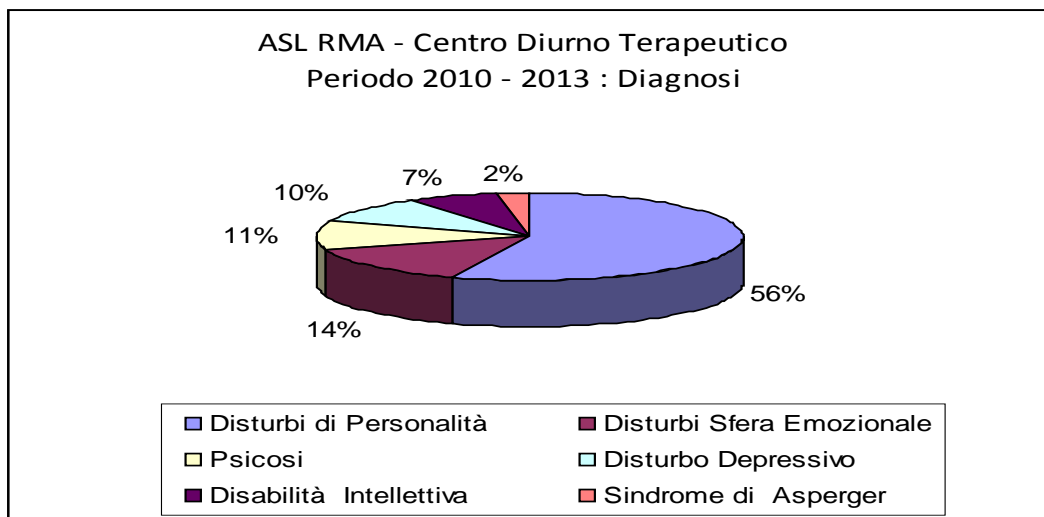
Tab. 4 Residenza Temporanea Protetta - Via Montecatini. 8 :
Provenienza delle Segnalazioni

Anno	Segnalazioni	Segnalazioni in Urgenza		Segnalazioni in Emergenza					
		Degenza Psichiatrica Adolescenti	CPA (Giustizia Minorile)	RM A	RM B	RM C	RM D	RM E	Altro
2010	10	0	1	2	0	2	3	1	1
2011	7	1	1	2	1	0	0	1	1
2012	26	4	6	5	2	0	6	1	2
2013	13	1	0	6	1	1	2	1	1
Totale	56	6	8	15	4	3	11	4	5



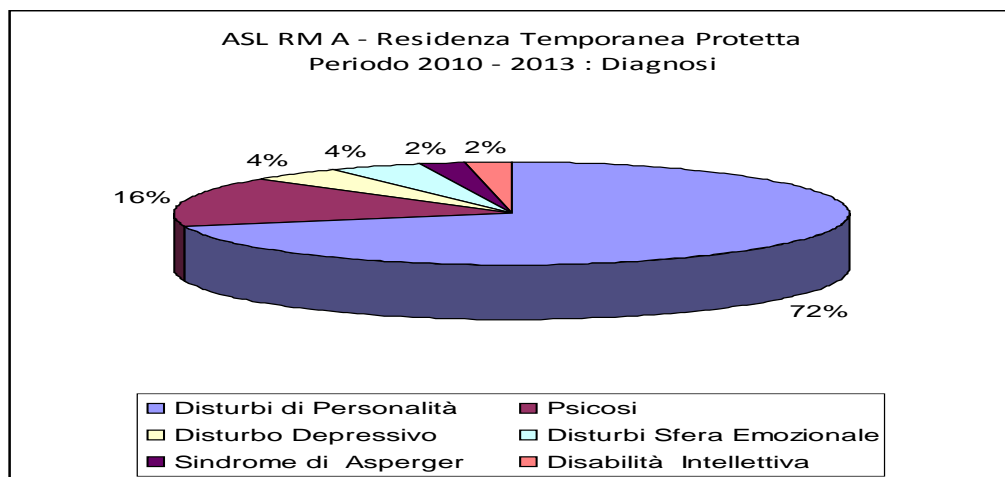
**Tab. 5 Centro Diurno Terapeutico - Via dei Cappellari, 100 :
Periodo 2010 – 2013 : Diagnosi**

Diagnosi	M	%	F	%	Tot	%
Disturbi di Personalità	32	58%	15	52%	47	56%
Disturbi Sfera Emozionale	9	16%	3	10%	12	14%
Psicosi	7	13%	2	7%	9	11%
Disturbo Depressivo	2	4%	6	21%	8	10%
Disabilità Intellettiva	3	5%	3	10%	6	7%
Sindrome di Asperger	2	4%	0	0%	2	2%
Totale	55	100%	29	100%	84	100%



**Tab. 6 Residenza Temporanea Protetta - Via Montecatini. 8.
Periodo 2010 – 2013 : Diagnosi**

Diagnosi	M	%	F	%	Tot	%
Disturbi di Personalità	25	75%	7	64%	32	72%
Psicosi	5	14%	2	18,50%	7	16%
Disturbo Depressivo	0	0%	2	18,50%	2	4%
Disturbi Sfera Emozionale	2	6%	0	0%	2	4%
Sindrome di Asperger	1	2.5%	0	0%	1	2%
Disabilità Intellettiva	1	2.5%	0	0%	1	2%
Totale	34	100%	11	100%	45	100%



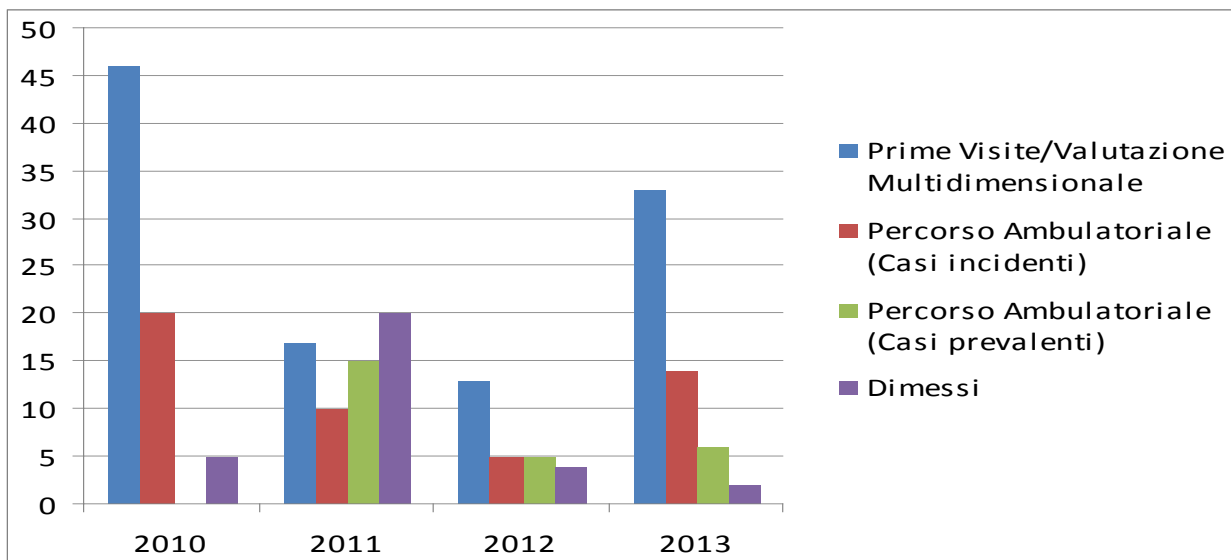
ASL RM C

L' Azienda USL Roma C, attraverso il Centro Diurno Terapeutico Integrato per Adolescenti "Navigando i confini" dispone attualmente di:

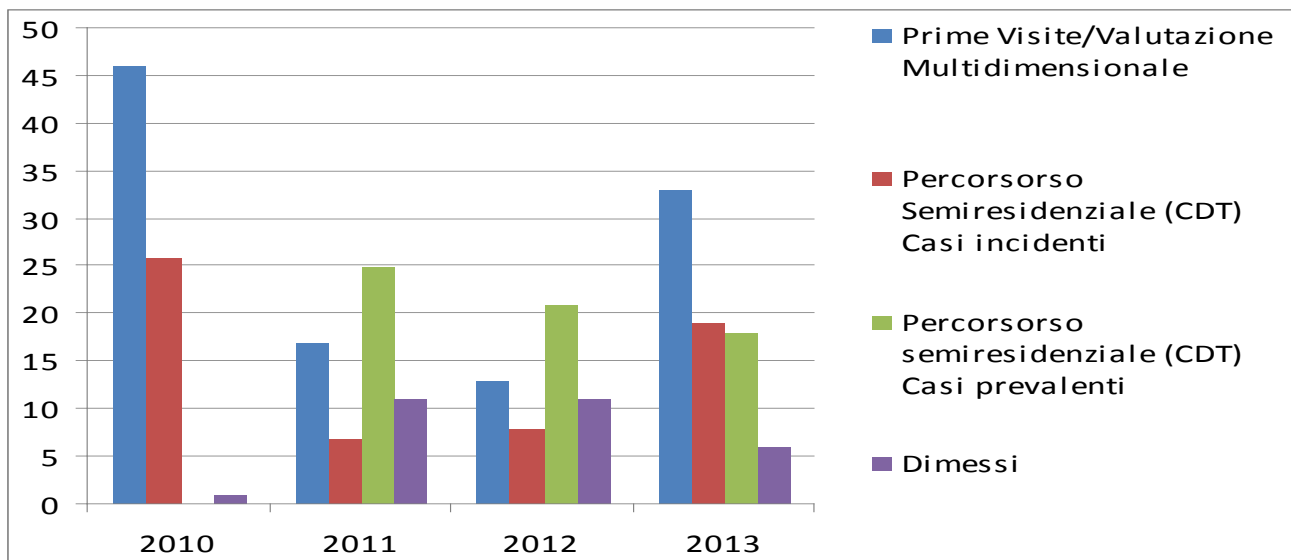
- Equipe multiprofessionale (Neuropsichiatra Infantile, Psicologi, Assistente Sociale, Educatori Professionali), adeguatamente formata ed esperta per la Valutazione Multidimensionale di adolescenti con disturbi psichiatrici e per la realizzazione di progetti terapeutici e riabilitativi.
- Centro Diurno Terapeutico per progetti terapeutici e riabilitativi di adolescenti con disturbi psichiatrici, in fasi di pre- o post-acuzie psichiatrica.
- Nucleo Operativo Territoriale che prevede la centralità del suo intervento sul territorio dei Distretti 11 e 12 ASL RMC in grado di effettuare valutazione clinica specialistica nei casi in cui siano presenti indicatori di disagio psichico "grave" all'interno dei contesti di vita dei minori, con programmazione degli interventi appropriati.
- Protocolli di intesa con i Municipi VIII e IX al fine di strutturare un lavoro sinergico attraverso team multidisciplinari e multiprofessionali e garantire così l'attivazione di tutte le risorse del Territorio.
- Formazione continua teorica e sul campo al fine di creare un linguaggio condiviso e funzionale per gli interventi da porre in essere (Operatori dei TSMREE distretti 6,9,11,12, del CDTI per Adolescenti, del Municipio V, VII, VIII,IX, e del DSM RMC)
- Rilevazione degli indicatori di disagio psichico presente nella popolazione scolastica del Territorio attraverso la definizione di percorsi comuni di formazione e di lavoro.
- Istituzione di percorsi assistenziali tra i Servizi Ambulatoriali TSMREE, Centro Diurno Terapeutico per adolescenti e il DSM, per la presa in carico congiunta di pazienti in alcuni momenti evolutivi, presa in carico che garantisce sia la continuità assistenziale sia una maggiore appropriatezza clinico-organizzativa.

ASL RM C : FLUSSI 2010 – 2013

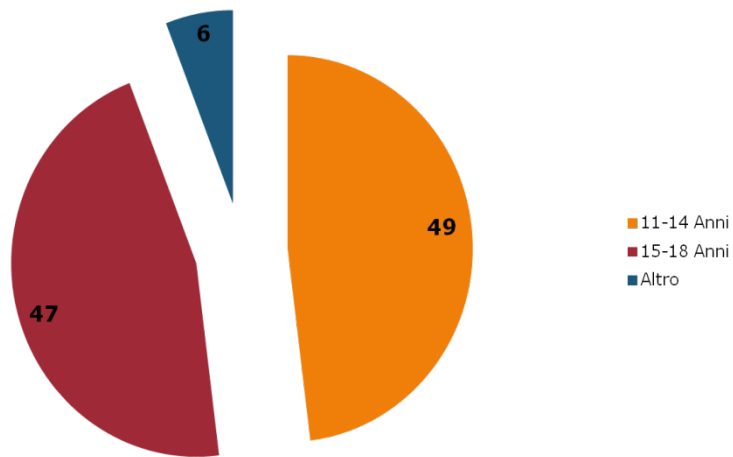
Anno	Prime Visite / Valutazione Multidimensionale	Percorso Ambulatoriale (Casi incidenti)	Percorso Ambulatoriale (Casi prevalenti)	Dimessi
2010	46	20	0	5
2011	17	10	15	20
2012	13	5	5	4
2013	33	14	6	2
Tot.	109	49	26	31



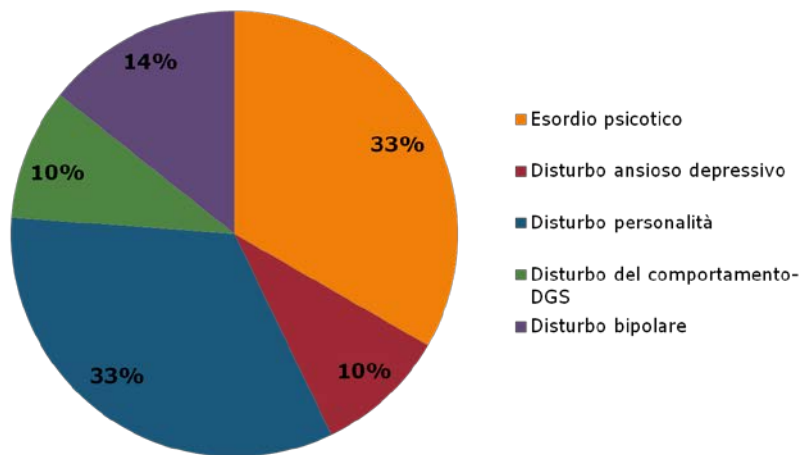
Anno	Prime Visite / Valutazione Multidimensionale	Percorso Semiresidenziale (CDT) Casi incidenti	Percorso semiresidenziale (CDT) Casi prevalenti	Dimessi
2010	46	26		1
2011	17	7	25	11
2012	13	8	21	11
2013	33	19	18	6
Tot.	109	60	64	29



Ingressi Centro Diurno 2010-2013

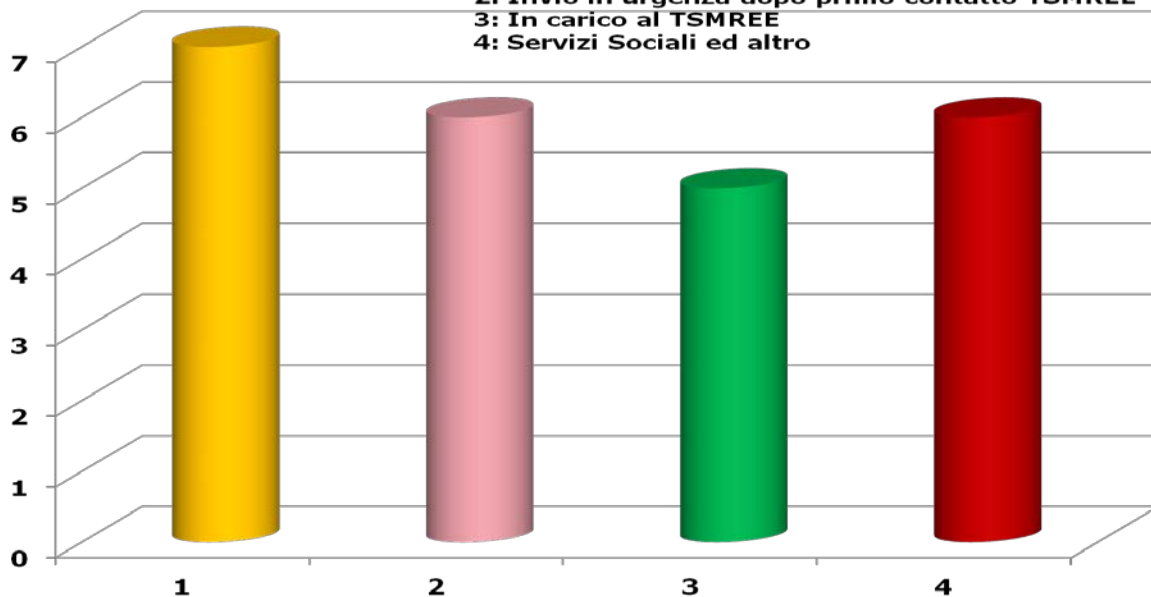


Frequenze per patologia



Provenienza 2013

- 1: Ragazzi provenienti da reparto degenza NPI
- 2: Invio in urgenza dopo primo contatto TSMREE
- 3: In carico al TSMREE
- 4: Servizi Sociali ed altro



Allegato 2

Linee di indirizzo per la realizzazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici ²

I percorsi assistenziali possono essere considerati gli strumenti di coordinamento ed integrazione auspicati per “favorire la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l’individuazione delle migliori modalità per l’utilizzazione delle risorse” (Zangrandi , 2003) .

La creazione di percorsi assistenziali che coordinano, potenziano e coinvolgono i Servizi già esistenti sul territorio risponde all'esigenza sia dell'utenza sia del Servizio Sanitario Regionale.

*La scomposizione dell'intero percorso assistenziale in fasi obbliga a chiarire i **criteri clinici e organizzativi** applicati per inserire o «arruolare» l'utente in una fase e per «trasferirlo» alla fase successiva. Il vero prodotto di un'organizzazione sanitaria non sono le **prestazioni** (i prodotti o **output**) ma gli **esiti** (gli **outcome**). [Istituto Superiore di Sanità - Agenzia Regionale Sanitaria Marche - Ministero della Salute , 2005]*

Raccomandazione n.1

Integrare le competenze e le risorse esistenti sul territorio, valorizzando le specifiche professionalità, definendo le modalità di scambio al fine di una:

- ◆ *individuazione precoce dell'insorgenza della patologia* su cui è possibile intervenire per contrastare l'evoluzione verso un quadro psicopatologico strutturato.
- ◆ *riduzione dell'intervallo* tra l'esordio dei primi sintomi della malattia e inizio del trattamento.
- ◆ *capacità dei servizi di intercettare e gestire il disturbo* prima che diventi emergenza/urgenza psichiatrica è uno dei punti nevralgici nella gestione della psicopatologia adolescenziale.

Indicatore 1.1

Individuazione Sintomi target (Difficoltà relazionali, Disturbi della Condotta, Difficoltà di Apprendimento, Uso di sostanze, Abbandono Scolastico) ?:

SI NO.....

Raccomandazione n.2

Il lavoro di rete e l'integrazione tra strutture territoriali, ambulatoriali, semiresidenziali, comunità terapeutiche e strutture ospedaliere di ricovero in emergenza rappresentano la preconditione fondamentale per una corretta assistenza e cura nelle situazioni di emergenza/urgenza psichiatrica in età evolutiva :

- *La presenza di una rete coordinata tra i Servizi* esistenti rappresenta un fattore significativo che può accelerare il trattamento dell'acuzie, la sua prevenzione e conseguentemente l'esito a lungo termine.
- *Una metodologia del lavoro in rete e di rete tra questi Servizi* rappresenta il presupposto per l'attuazione integrata dei percorsi e dei processi per favorire la continuità assistenziale.

² Da “Linee di programmazione regionale per i Servizi di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (NPIA) del Lazio “ , SINPIA – Sezione Regionale Lazio, 2013 .

Indicatore 2.1

Protocolli Operativi tra Servizi Socio-sanitari e Sanitari, Strutture Intermedie ed Ospedale ?:

SI NO.....

Raccomandazione n.3

Se la necessità di ricovero ospedaliero è indiscutibile nelle situazioni di urgenza , la sua durata e la ripetizione possono essere contenute se a livello territoriale c'è la possibilità di effettuare interventi efficaci per affrontare l'emergenza psichiatrica , attraverso interventi diagnostici e terapeutici precoci, tempestivi e specializzati, che hanno la possibilità di risolvere la crisi e ridurre il rischio di cronicità :

- Appare pertanto indispensabile potenziare l'intervento territoriale al fine di garantire una tempestività di accesso ai Servizi, una diagnosi precoce all'esordio della psicopatologia e la possibilità di avviare interventi appropriati ed efficaci.
- Inoltre è necessario costruire una rete non formale ma sostanziale tra i Servizi Territoriali per la segnalazione di tutte quelle situazioni che possono presentare indicatori di "sofferenza mentale" all'interno dei contesti di vita dell'adolescente Scuola, Famiglia, Servizi di Pediatria e Medicina Generale con programmazione di interventi appropriati.

•

Indicatore 3.1

Effettuazione di Valutazione Multidimensionale (VDM) di adolescenti con disturbi psichiatrici ?:

SI NO.....

Raccomandazione n. 4

L'integrazione tra i Servizi presenti sul territorio rappresenta la pre-condizione fondamentale per una corretta assistenza e cura della "crisi" in adolescenza. Appare indiscutibile, quindi, *la formazione comune* su questo tema per elevare la capacità degli operatori presenti sul territorio nel cogliere i segnali di rischio :

- Acquisizione di un linguaggio e di strumenti comuni tra le varie professionalità che si interfacciano con le problematiche relative all'adolescente con psicopatologia.

Indicatore 4.1

Monitoraggio dei Percorsi assistenziali per adolescenti con disturbi psichiatrici attraverso Audit clinico-organizzativi ?:

SI NO.....

Percorsi assistenziali Ospedale-Territorio

Il ricovero di un minore in ambiente ospedaliero psichiatrico³ è sempre un evento critico di cui aver cura in maniera attenta al fine di evitare effetti collaterali con ricadute negative, su chi, spesso, lo subisce senza comprenderne le ragioni.

L'individuazione delle successive "buone pratiche" è scaturita da una riflessione svolta sul tema da parte di un gruppo di professionisti del settore, con numerosi anni di esperienza nei servizi pubblici per la salute mentale dei minori.

Essi hanno voluto confrontare le proprie conoscenze, le proprie prassi, i propri punti di vista maturati negli anni di attività ed hanno indicato un elenco di "cose da fare" ritenute consensualmente le più adeguate per far sì che il ricovero sia sempre un evento concatenato ad un percorso di cura efficace che lo includa e che gli dia un senso.

Gli operatori del settore sostengono che garantire la continuità terapeutica migliora le probabilità di un esito positivo dell'intervento nella sua globalità.

A seconda di come si concretizza la relazione tra coloro che sono coinvolti nel ricovero viene restituita all'esperienza terapeutica un senso compiuto diverso :

- Qualora non vi sia stato nessun contatto tra chi ha operato "dentro il reparto" e chi andrà ad operare "fuori dal reparto" il ricovero assume la forma di **momento a sé stante** , "che si apre e si chiude" , "che interrompe le consuetudini del paziente e dei suoi familiari " , "che non prevede un passaggio di informazioni o consegne condivise tra operatori" ;
- Ben diverso è ciò che accade quando il ricovero si riveli essere un **continuum** che offusca e dissolve il confine tra il "dentro" e il "fuori", il ricovero come "momento di discontinuità ma senza favorire la dicotomia che piega verso il disorientamento" , il ricovero come un "coinvolgimento di coloro che a vario titolo hanno competenza nel processo di cura", il ricovero come "contenitore nel quale paziente e familiari collaborano alle decisioni e alle scelte terapeutiche che si sono delineate durante il "segmento ricovero" e che si delinearanno nel "segmento successivo" (e che non potranno fare a meno di prendere in considerazione ciò che è accaduto anche nel "segmento precedente" il ricovero).

Raccomandazione n.1

Garantire che siano informati e coinvolti gli operatori dei servizi territoriali per l'organizzazione, la gestione, la realizzazione del progetto terapeutico globale fin dalle prime fasi del ricovero.

Il ricovero dettato, in caso di necessità, da condizioni cliniche rilevanti non deve essere considerato come momento a sé stante ma inserito all'interno di un percorso terapeutico che presuppone la presa in carico globale del giovane paziente da parte dei servizi i quali, a vario titolo, sono coinvolti, sincronicamente o diacronicamente, nella gestione del suo disagio psichico.

Se il paziente è già in cura presso i servizi per la tutela della salute mentale si presuppone che o il ricovero si sia reso opportuno e sia stato valutato dagli operatori che hanno in cura il ragazzo oppure si sia verificato a prescindere dalla conoscenza e dalla decisione dei curanti i quali lo verranno a sapere informati dai colleghi del reparto.

Raccomandazione 1.1

E' necessario che i curanti del reparto ospedaliero, entro le 24 ore dall'accettazione del ragazzo, ne informino i colleghi dei servizi territoriali competenti.

Indicatore 1.1

E' stata segnalata la presenza del giovane paziente nel reparto ospedaliero ai curanti dei servizi territoriali di competenza?:

SI NO.....

Raccomandazione n. 1.2

Una volta che il servizio territoriale di competenza riceve l'informazione dell'avvenuto ricovero individua (qualora non fossero già stati designati) gli operatori che si occuperanno del caso.

Indicatore 1.2

Sono stati individuati gli operatori che si occuperanno del caso?:

SI NO.....

Raccomandazione n. 1.3

Gli operatori che si occuperanno del caso prenderanno contatti con gli operatori del reparto ospedaliero, fisseranno un appuntamento e si recheranno presso la struttura entro tre giorni dall'accettazione.

Indicatore 1.3

Gli operatori del servizio territoriale di competenza si sono recati presso il reparto di degenza entro tre giorni dall'accettazione?:

SI NO.....

Raccomandazione n. 1.4

Gli operatori del reparto di degenza e del servizio territoriale elaboreranno un progetto terapeutico personalizzato che deve comprendere sia la fase della degenza sia il post-ricovero.

Indicatore 1.4

E' stato elaborato un progetto terapeutico personalizzato comprendente la fase del ricovero e del post-ricovero che garantisce la continuità terapeutica?:

SI NO.....

Raccomandazione n.2

Garantire la partecipazione attiva dei caregivers all'individuazione, alla elaborazione ed alla messa in atto del progetto terapeutico personalizzato.

Raccomandazione n. 2.1

Il progetto terapeutico deve prevedere la multidimensionalità degli interventi (attuabili) che devono tener conto della storia clinica del giovane paziente, delle risorse familiari, culturali, socio ambientali esistenti o reperibili, della possibilità che possa essere messo in atto in ambiente ambulatoriale o se necessari un intervento in struttura semiresidenziale o residenziale.

Indicatore 2.1

E' stato elaborata una Valutazione Multidimensionale (VMD) per la realizzazione del progetto terapeutico personalizzato ?:

SI NO.....

Raccomandazione n. 2.2

Il progetto terapeutico deve tener conto prioritariamente dei familiari (caregivers) del giovane paziente. Deve prevedere il loro coinvolgimento come parte integrante del problema e del trattamento nonché come risorsa primaria.

Indicatore 2.2

I familiari – caregivers - del paziente sono stati adeguatamente coinvolti nella raccolta delle informazioni storiche, cliniche, sociali nella realizzazione del progetto terapeutico?

SI NO.....

Raccomandazione n.3

Garantire il diritto del minore ad essere coinvolto nei processi decisionali riguardanti i percorsi assistenziali che lo riguardano.

Raccomandazione n. 3.1

Il minore con disturbo psichiatrico ha il diritto ad essere coinvolto e di esprimere liberamente il proprio consenso o dissenso in merito ad ogni decisione relativa ai percorsi diagnostico-terapeutici che lo riguardano, in ragione della sua capacità di discernimento.

Indicatore 3.1

E' stato acquisito il Consenso Informato del minore per la realizzazione del percorso assistenziale personalizzato ? :

SI NO.....

PASSAGGIO ALL'ETA' ADULTA

Per l'affidamento del caso dell'adolescente con gravi disturbi psichiatrici , in particolare disturbi di personalità ed esordi psicotici, al compimento della maggiore età dai Servizi di N.P.I. a Servizi di Psichiatria dell'adulti, sono opportune le seguenti azioni :

- avviare la formazione di gruppi di lavoro integrati ovvero di vere e proprie unità multi professionali dedicate all'area adolescenti/giovani adulti (14/15-23 anni), nella consapevolezza che il passaggio del caso è un processo particolarmente critico (alto rischio di drop out, già notevole di per sé nei giovani) a cui far seguito protocolli di intesa tra servizi ;

- favorire un grado elevato di collaborazione e fiducia reciproca in detti gruppi multi professionali e di provenienza dai vari servizi, valorizzando tutte le figure professionali in modo paritetico (medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale etc.) con l'esortazione a trovare un linguaggio teorico comune al di là delle specifiche teorie che guidano gli specifici interventi tipici di specifici setting clinico – istituzionali ;

- integrare gli interventi terapeutici con gli interventi di tipo sociale, familiare e scolastico e in generale sull'ambiente di vita in modo da garantire un certo livello di "senso di sicurezza" (per il soggetto e per l'equipe) e fornire un sostegno al "ruolo" del soggetto in un'ottica di reciproco rinforzo e riscontro con le altre attività terapeutiche.

Allegato 3

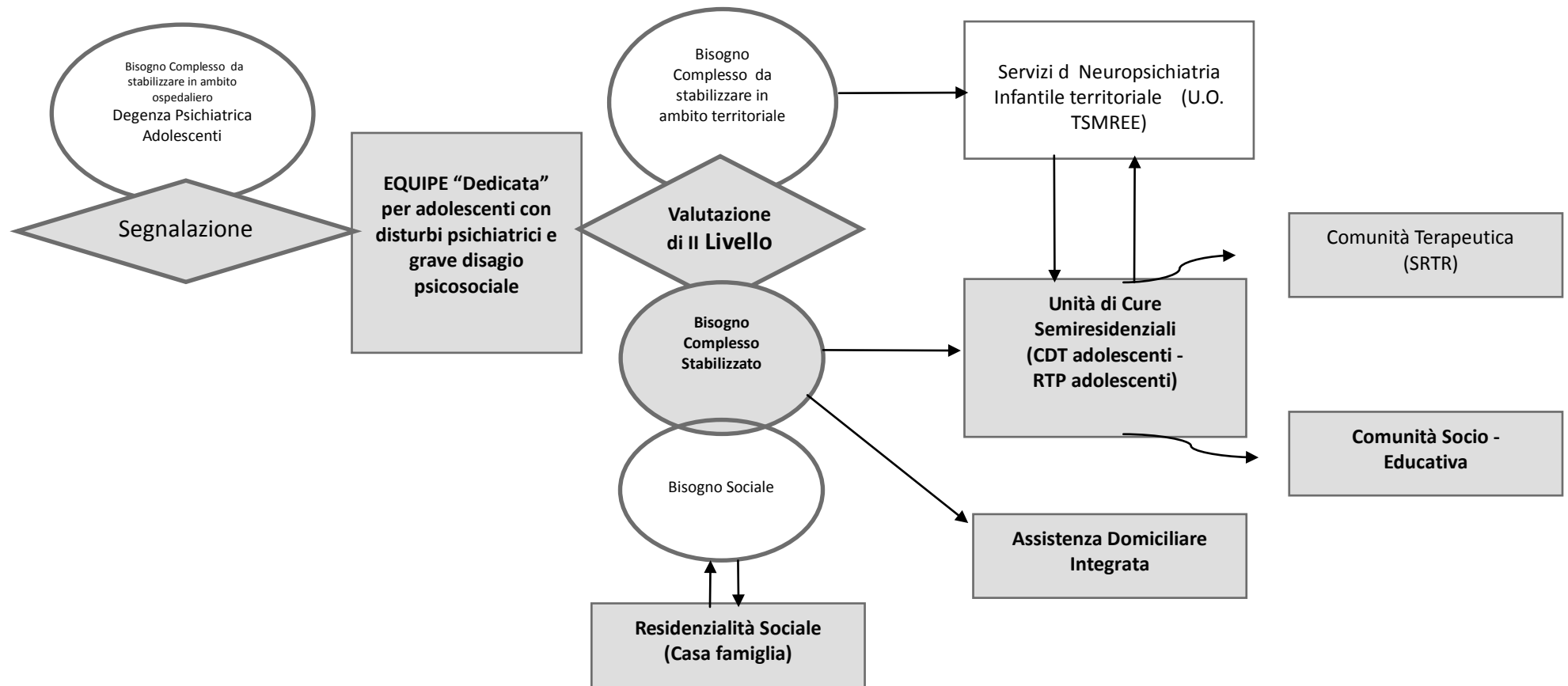
Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

per adolescenti con disturbi psichiatrici : Indicatori di risultato

PDTA per adolescenti con disturbi psichiatrici	Indicatori di risultato
	% tasso ricoveri emergenza per le fasce d'età 8-14 anni e 15-17anni
	diminuzione giornata di degenza per patologia
	numero di ricoveri ripetuti in emergenza a 6 mesi dalla dimissione ospedaliera
	numero di ricoveri per pazienti noti ai servizi NPI
	numero ricoveri < 16 anni in SPDC
	Numero di Prese in carico c/o Servizio di Neuropsichiatria Infantile territoriale / Numero di VDM
	Numero di Percorsi Terapeutici c/o UOS REE - CDT / Numero di VMD
	Numero di Percorsi Riabilitativi c/o UOS REE - RTP / Numero di VMD
	Numero di passaggi dai Servizi NPI al DSM

Allegato 4

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici : Algoritmo



Bibliografia

Conferenza Unificata Stato Regioni (2012) *“Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) , con particolare riferimento ai Disturbi dello spettro autistico”* (www.statoregioni.it)

Conferenza Unificata Stato Regioni (2012) *“Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)”* (www.statoregioni.it)

Conferenza Unificata Stato Regioni (2013) *“Piano di azioni nazionale per la salute mentale”* (www.statoregioni.it)

6° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza in Italia 2012-2013, a cura del Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza (www.gruppocrc.net)

Regione Lazio (1994) DCR 13 luglio 1994 , n. 1017 *“Modificazioni ed integrazioni al regolamento-tipo concernente l’organizzazione e il funzionamento delle unità sanitarie locali approvato dal DCR n. 1170 del 15 marzo 1990 “ ;*

Regione Lazio (2008) Decreto del Commissario ad Acta 5 settembre 2008, n. 16. *“Riqualificazione dell’offerta di post-acuzie sia a livello di ricovero che a livello di specialistica ambulatoriale. Approvazione ridefinizione sistema dell’offerta” ;*

Regione Lazio (2009) DGR 24 aprile 2009 , n. 262 *“ Approvazione documento concernente : “Rapporto Strategico per gli Interventi Sanitari e la Gestione delle emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio”;*

Regione Lazio (2009) Decreto del Commissario ad Acta n. 87 del 18 dic. 2009 *“Approvazione Piano Sanitario Regionale 2010-2012”;*

Regione Lazio (2009) Allegato n. 1 al Decreto del Commissario ad Acta n. 87 del 18 dic. 2009 *“Piano Sanitario Regionale 2010-2012”*

Regione Lazio (2011) Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011, n.8 *“Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2020 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*

Regione Lazio (2012) Decreto del Commissario ad Acta 20 marzo 2012, n. 39 *“Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell’offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.”*

Regione Lazio (2012) DGR 28 giugno 2012, n. 313

“Riqualficazione dell’Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento “Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto” “

Regione Lazio (2012) Decreto del Commissario ad Acta 19 dicembre 2012, n. 424

“Piano del fabbisogno assistenziale per i minori con disturbo psichico per la Regione Lazio ai sensi dell’art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003.”

Regione Lazio (2012) Decreto del Commissario ad Acta 24 dicembre 2012, n. 431

“La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”

Regione Lazio (2012) Decreto del Commissario ad Acta 28 maggio 2013, n. 206

“Nuovo atto di indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio a seguito del recepimento degli “standard per l’individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012” elaborati dal Comitato L.E.A.”

Società di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (SINPIA) – Sezione di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi (2007) *“Proposta di Modello Organizzativo per la rete dei Servizi di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza”* (approvata in Consiglio Direttivo della SINPIA il 15 febbraio 2007) ;

Società di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (SINPIA) – Sezione Regionale del Lazio (2010) *“ Proposta di legge regionale concernente “Norme in materia di benessere, salute mentale e riabilitazione per l’età evolutiva”* (approvata dall’Assemblea dei Soci della SINPIA – Sezione Regionale Lazio il 3 giugno 2010)

Società di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (SINPIA) – Sezione Regionale del Lazio (2012) *“ Linee di indirizzo clinico-operative per trattamenti riabilitativi territoriali di persone in età evolutiva con disabilità complessa ”*

Società di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (SINPIA) – Sezione Regionale del Lazio (2013) *“ Linee di programmazione regionale per i Servizi di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (NPIA)”* (approvate dall’Assemblea dei Soci della SINPIA – Sezione Regionale Lazio il 24 luglio 2013)