

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 19 dicembre 2012, n. U00424

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.

**Decreto del Commissario ad Acta
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012)**

Oggetto: 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.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

PRESO ATTO che con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri nella riunione del 16 ottobre 2012, con la quale si conferisce al Dottore Enrico Bondi l'incarico di Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, fino alla data di insediamento del nuovo Presidente della Giunta Regionale del Lazio;

DATO ATTO, altresì, che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dr. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio e con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 il Dr. Gianni Giorgi è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio per le specifiche azioni ed interventi in essa indicati;

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art.1 comma 180 legge dello stato 311 del 30/12/2004 – legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni” il quale prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione ;

VISTO l'art. 8 quater, comma 8 del citato D.Lgs. 502/92 il quale prevede che in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3), lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede con le modalità di cui all'articolo 28 commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448 alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche equiparate, dalle strutture private non lucrative e lucrative;

VISTO l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale che indicano, tra l'altro:

- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (*art. 8 quinquies, comma 2, lettera d*);
- la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionale, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),omissis....(*art. 8 quinquies, comma 2, lettera e- bis*);

VISTO l'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs 502/92, che a tal proposito, prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 quinquies;

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

- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra l'altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (*art.4*);
- 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 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*);

VISTA la legge finanziaria del 23 dicembre 2006, n.296 art.1, comma 796 lettera "B", che recita "(omissis) Gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria. (omissis)";

VISTA la Legge del 6 agosto 2008, n. 133 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria" ed in particolare l'art. 79 recante "Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria";

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

CONSIDERATO che il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede la necessità per le Regioni di adottare misure di razionalizzazione della rete ospedaliera e di miglioramento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri ed in particolare, all'articolo 6, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici;

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha ribadito che: *“...Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni”*;

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n.4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. 10 Agosto 2010, n.3 “Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio” Art. 1, commi da 18 a 26 – “Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private”;

VISTA la Legge n.9 del 24.12.10 avente ad oggetto “Disposizioni collegate alla legge finanziaria regionale per l'esercizio finanziario 2011 (art.12, comma 1, legge regionale 20.11.01, n.25)”;

VISTA la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;

VISTO il R.R. 26 gennaio 2007, n. 2 “Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art. 5, comma 1, lett. b), della LR 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali);

VISTO il D.P.C.M. 1 aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria;

VISTO il D.C.A. 17/2010 Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della

L.R. 4/2003, che non prevedeva lo specifico piano sui servizi e sulle strutture della salute mentale relative ai minori in quanto non erano ancora stati definiti : tipologie assistenziali, requisiti strutturali ed organizzativi ;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U0090 del 10 novembre 2010, recante: Approvazione di Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie “ (All.1), “Requisiti ulteriori per l'accreditamento” (All. 2), “Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) - Manuale d'uso” (All.3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art.1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n.3;

CONSIDERATO che all'interno del suddetto Decreto del Commissario ad Acta n.U0090/2010 sono state inseriti i requisiti per le strutture e i servizi per i minori, anche del circuito penale, nell'area della salute mentale;

CONSIDERATO che la L.R. n. 4/2003 all'art. 2, nel disciplinare i compiti della Regione nella determinazione dei fabbisogni, con particolare riferimento alle valutazioni correlate alla verifica di compatibilità (aspetto quantitativo, dimensionale e strutturale sul territorio) espressamente prevede:
“1. La Regione:

a) definisce con apposito atto programmatico, adottato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, in coerenza con il piano sanitario regionale:

1) il fabbisogno complessivo di assistenza in ambito regionale, nonché in rapporto alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture;

CONSIDERATO inoltre che l'art. 4, comma 1, della citata L.R. n. 4/2003 stabilisce che “Sono soggette alle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio:

- *a) le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale ivi comprese quelle riabilitative;*
- *b) le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie e/o postacuzie;*
- *c) le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale;*
- *d) gli stabilimenti termali;*

✓ l'art. 5, comma 1, della citata L.R. n. 4/2003 stabilisce che “1. La Regione entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge:

- *stabilisce, con apposito provvedimento della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, i requisiti minimi, anche integrativi rispetto a quelli indicati dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio;*
- *definisce, con regolamento, le modalità e i termini per la verifica di compatibilità di cui all'articolo 6, comma 2, ivi comprese le procedure idonee ai fini della eventuale selezione dei soggetti interessati al rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione, nonché le modalità ed i termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio”;*

✓ l'art. 6 della citata L.R. n. 4/2003 stabilisce che:

- *“1. I soggetti, pubblici e privati, che intendono realizzare, ampliare, trasformare o trasferire una struttura di cui all'articolo 4, comma 1, inoltrano al Comune competente per territorio la relativa richiesta di autorizzazione. La richiesta è corredata del progetto, nel quale sono illustrate, in particolare, le misure previste per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e impiantistici stabiliti con il provvedimento di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), e, per le strutture pubbliche ed equiparate, di quelli necessari per l'accreditamento stabiliti con il provvedimento di cui all'articolo 13, comma 1.*
- *2. Il Comune invia la documentazione contenuta nella richiesta di autorizzazione alla realizzazione alla Regione, che provvede, con le modalità e nei termini previsti dal regolamento di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b) ad effettuare la verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza risultante dall'atto programmatico di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), numero 1.*
- *3. Il Comune rilascia l'autorizzazione tenuto conto della verifica di compatibilità da parte della Regione.*
- *4. Il Comune comunica alla Regione il provvedimento con il quale rilascia l'autorizzazione alla realizzazione.*
- *5. Al fine di semplificare il procedimento può essere convocata la conferenza di servizi di cui all'articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241, (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) e successive modifiche”;*

VISTO l'art. 1, c. 1 del R.R. 2/2007 che conferma la funzione dell'atto programmatico di cui all'art. 2, comma 1, lett. a);

RAVVISATA la necessità di dover procedere alla definizione dei fabbisogni assistenziali per le strutture e servizi nell'ambito della salute mentale relativa ai minori anche appartenenti al circuito penale della Regione Lazio ai fini della verifica di compatibilità di cui al D.Lgs n.502/92 e s.m.i, art. 8 quater ed alla L.R. 4/2003 e s.m.i.;

VISTA la determinazione n.B8746 del 18/11/2011: “costituzione del gruppo di lavoro tecnico – scientifico per la definizione del fabbisogno di strutture relative ai minori anche appartenenti al circuito penale”

VISTO che il suddetto gruppo si è avvalso dei dati e del contributo tecnico-scientifico dell'Agenzia di Sanità Pubblica rappresentata all'interno del gruppo stesso;

CONSIDERATI i dati trasmessi dal Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile sui minori afferenti al circuito penale che soffrono di problemi psicopatologici/psichiatrici nel Lazio;

RITENUTO altresì che debbano essere fatti salvi, ai fini della compatibilità con i fabbisogni, gli effetti dei processi di trasformazione/riconversione delle strutture già autorizzate e provvisoriamente accreditate;

DATO ATTO che i livelli di acquisto, dei posti relativi alle diverse tipologie assistenziali, successivamente alle procedure di autorizzazione e accreditamento, dovranno essere attuati in coerenza con quanto disposto nei Piani Operativi dell'anno 2013;

RITENUTO che, ai fini di quanto previsto dal capoverso precedente e con l'obiettivo di rendere maggiormente puntuale il processo di localizzazione sul territorio regionale delle strutture destinate a soddisfare i diversi fabbisogni assistenziali, la competente Direzione regionale potrà avvalersi del parere non vincolante delle AUSL territorialmente competenti, così come previsto dagli artt. 3, c. 4 e 5, c. 1 del R.R. 2/2007;

RITENUTE, pertanto, soddisfatte le prescrizioni previste dalla normativa nazionale e regionale in materia;

DECRETA

di approvare:

- il documento di valutazione della “Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture/servizi nell'ambito della salute mentale relative ai minori, anche appartenenti al circuito penale , della Regione Lazio, anche ai fini della verifica di compatibilità di cui al D.lgs. 502/1992 e s.m.i., art. 8 quater ed alla LR 4/2003 e al RR 2/2007 (all. 1);
- il documento “ Percorsi sanitari del minore nell'area penale per le misure alternative” (all. 2).
- di mantenere salvi, ai fini della compatibilità con i fabbisogni, gli effetti dei processi di trasformazione/riconversione delle strutture già autorizzate e provvisoriamente accreditate;
- di dare mandato alla competente area della Direzione regionale di procedere, a seguito dell'adozione del presente provvedimento, alla verifica di compatibilità con il fabbisogno di assistenza rispetto all'atto programmatico delle istanze di autorizzazione alla realizzazione, ivi comprese l'ampliamento, la trasformazione e il trasferimento, di strutture sanitarie e socio-sanitarie, nell'ambito del procedimento di cui alla L.R. 4/2003 ed al R.R. 2/2007.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il Commissario ad acta
Enrico Bondi

ALLEGATO n. 1.

Documento di valutazione della
“Stima del fabbisogno assistenziale per le
strutture/servizi nell’ambito della salute
mentale relative ai minori, anche
appartenenti al circuito penale, della
Regione Lazio” ai fini della verifica di
compatibilità di cui al D.lgs. 502/1992 e
s.m.i., art. 8 quater ed alla L.R. 4/2003 e
s.m.i. e al R.R. 2/2007 e s.m.i.

1. PREMESSA

I disturbi nella sfera della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza costituiscono un fenomeno complesso e di dimensioni rilevanti. Inoltre esiste una rilevante probabilità di incorrere in un comportamento penalmente rilevante da parte di adolescenti che soffrono di disturbi mentali e che abusano di sostanze tra i giovani che entrano nel circuito penale.

I principali dati epidemiologici di riferimento per la stima del fabbisogno presentata in questo lavoro provengono dallo studio effettuato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio attraverso i dati del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO). Partendo dai dati delle dimissioni ospedaliere, organizzati anche per singola diagnosi e luogo di dimissione, è possibile comprendere quella parte del fabbisogno di salute e quindi di assistenza della popolazione minorile. Inoltre la nostra regione si sta dotando di un sistema informativo specifico per la salute mentale in età evolutiva che raccoglierà i dati delle prestazioni effettuate dai servizi territoriali che rappresentano un altro fondamentale elemento dell'assistenza in questo ambito.

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%** (vedi Tabella 1).

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%)** (vedi Tabella 4).

La distribuzione per classi di età delle dimissioni in regime ordinario di minori da reparti di degenza per acuti con diagnosi principale psichiatrica (vedi Tabella 3), 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. Di questi, 3 soggetti hanno ripetuto il ricovero in un reparto cod. 40 una volta nell'anno, 2 lo hanno ripetuto due volte, un ulteriore soggetto ha avuto nell'anno 8 ricoveri in un reparto cod. 40. Il 32,1% delle dimissioni da reparti cod. 40 aveva una diagnosi principale compresa nel gruppo delle nevrosi (vedi Tabella 2).

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).

Si precisa che lo studio effettuato, che tiene conto anche i dati provenienti dai minori coinvolti nel circuito penale (Tabella n. 5), **fa costante riferimento ai LEA dell'anno 2001** (di cui al D.P.C.M. 29/11/2001) mentre sono stati consultati i documenti del Ministero della Salute tra cui l'aggiornamento dei LEA 2008, il Progetto infantile materno infantile relativo al piano sanitario nazionale 1998-2000 e il Progetto obiettivo salute mentale.

Nella Tabella n. 6 è stata costruita una sintesi delle diverse tipologie di strutture previste dal D.C.A.n. 90/2010, il relativo livello assistenziale suddiviso in ricovero ordinario (acuzie), intensivo, estensivo e di mantenimento, la normativa di riferimento e la tipologia di prestazioni previste.

Dopo un approfondimento nel dettaglio delle diverse tipologie previste nella Tabella n. 8 viene rappresentata una sintesi della stima del fabbisogno di strutture/servizi a livello regionale che viene poi dettagliata nella tabella successiva (Tabella n. 9) dove è descritta la stima del fabbisogno a livello territoriale che rappresenta una fotografia dell'esistente.

Il fabbisogno è stato stimato tenendo conto dell'intero sistema che deve prevedere diversi livelli di assistenza di presa in carico dei minori provenienti da reparti ospedalieri, di quelli provenienti dal territorio e di quelli inviati dal circuito penale. Al centro di tale sistema è collocato il TSMREE quale struttura pubblica territoriale aperta ad accesso diretto che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni). La differenziazione delle strutture e dei livelli assistenziali offerti da tutto il sistema a regime ha come obiettivi sia il raggiungimento di una migliore appropriatezza delle prestazioni, considerata l'età evolutiva come momento altamente mutabile dal punto di vista psicologico, sia una permanenza temporale dei minori ridotta il più possibile. Infatti i disturbi dell'età evolutiva si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche e la riabilitazione è componente essenziale del processo di cura.

Tabella 1 - Dimissioni in regime ordinario di minori con diagnosi principale psichiatrica da reparti di degenza per acuti, per specialità di dimissione e relativo codice.

Specialità di dimissione	N	%
Neuropsichiatria infantile - 33	452	49,1
Pediatria - 39	158	17,2
Neurologia - 32	137	14,9
Psichiatria - 40	53	5,8
Medicina generale - 26	25	2,7
Astanteria - 51	24	2,6
Chirurgia generale - 9	16	1,7
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione - 19	12	1,3
Malattie infettive e tropicali - 24	10	1,1
Otorinolaringoiatria - 38	8	0,9
Gastroenterologia - 58	8	0,9
Chirurgia maxillo facciale - 10	5	0,5
Chirurgia pediatrica - 11	4	0,4
Pneumologia - 68	4	0,4
Cardiologia - 8	2	0,2
Oncoematologia pediatrica - 65	2	0,2
Nido - 31	1	0,1
TOTALE	921	100,0

Tabella 2 - Dimissioni in regime ordinario di minori con diagnosi principale psichiatrica da reparti cod. 40, per classe di diagnosi principale.

Classe di diagnosi	N	%
Nevrosi	17	32,1
Psicosi affettive	11	20,8
Altre psicosi	11	20,8
Disturbi di personalità	6	11,3
Schizofrenie/stati paranoidi	3	5,7
Dipendenze	2	3,8
Oligofrenie	2	3,8
Psicosi organiche	1	1,9
TOTALE	53	100,0

Tabella 3 - Dimissioni in regime ordinario di minori con diagnosi principale psichiatrica da reparti di degenza per acuti, per età alla dimissione.

ETA	N	%	% cum
0	46	5,0	5,0
1	59	6,4	11,4
2	61	6,6	18,0
3	47	5,1	23,1
4	52	5,6	28,8
5	62	6,7	35,5
6	40	4,3	39,8
7	34	3,7	43,5
8	24	2,6	46,1
9	32	3,5	49,6
10	39	4,2	53,9
11	31	3,4	57,2
12	41	4,5	61,7
13	32	3,5	65,1
14	58	6,3	71,4
15	98	10,6	82,1
16	60	6,5	88,6
17	105	11,4	100,0
TOTALE	921	100,0	

Tabella 4 - Dimissioni in regime ordinario di minori con diagnosi principale psichiatrica da reparti di degenza per acuti (esclusi quelli psichiatrici (40), di neuropsichiatria infantile (33) e neurologici (32)) per diagnosi principale.

Diagnosi principale (prime 4 cifre del codice ICD9CM)	N	%
Abuso di alcool - 3050	33	11,8
Stati di ansia - 3000	27	9,7
Disturbi dell'alimentazione - 3075	27	9,7
Ritardo mentale non specificato - 319	17	6,1
Intossicazione acuta da alcool - 3030	15	5,4
Altri e non specificati sintomi o sindromi speciali, non classificati altrove - 3079	9	3,2
Isteria - 3001	8	2,9
Disturbi evolutivi dell'eloquio o del linguaggio - 3153	8	2,9
Tics - 3072	7	2,5
Ritardo mentale lieve - 317	7	2,5
Disfunzioni respiratorie - 3061	6	2,2
Disfunzioni cardiovascolari - 3062	6	2,2
Psicalgia - 3078	6	2,2
Altri disturbi specifici della condotta, non classificati altrove - 3128	6	2,2
Ritardo mentale di media gravità - 3180	6	2,2
Ritardo mentale profondo - 3182	6	2,2
Disturbi specifici del sonno di origine non organica - 3074	5	1,8
Disturbo di sviluppo della coordinazione - 3154	5	1,8
Disturbi misti dello sviluppo - 3155	5	1,8
Autismo infantile - 2990	4	1,4
Dipendenza da alcool, altra e non specificata - 3039	4	1,4
Disfunzioni gastrointestinali - 3064	4	1,4
Anoressia nervosa - 3071	3	1,1
Sindrome post-commotiva - 3102	3	1,1
Disturbo della condotta non specificato - 3129	3	1,1
Disturbo da deficit dell'attenzione - 3140	3	1,1
Ritardo mentale grave - 3181	3	1,1
Altra diagnosi psichiatrica	43	15,4
TOTALE	279	100,0

Tabella n. 5 - Dati relativi al numero di minori provenienti dal circuito penale con disturbi psicopatologici/psichiatrici e/o tossicodipendenza (fonte: CPA - Ministero della Giustizia)

SESSO	2007	2008	2009	2010	
maschi	10	20	24	9	
femmine	3	3	0	1	
Totale	13	23	24	10	
complessivo 2010					
persone complessivo	persone PS	trattamento PS	persone TD	trattamento TD	
10	8	8	2	2	
complessivo 2009					
persone complessivo	persone PS	trattamento PS	persone TD	trattamento TD	trattamenti fuori regione
24	13	21	11	16	3
complessivo 2008					
persone complessivo	persone PS	trattamento PS	persone TD	trattamento TD	
23	6	8	17	20	
complessivo 2007					
persone complessivo	persone PS	trattamento PS	persone TD	trattamento TD	
13	4	4	9	9	

Legenda: TD = tossicodipendenza; PS = problemi psicopatologici/psichiatrici.

Tabella n. 6. Quadro sintetico della tipologia delle strutture/servizi previste dal DCA n. 90/2010 e s.m.i..

Tipologia Struttura (DCA n.90/2010 e s.m.i.)	Regime assistenziale	Normativa di riferimento	Tipologia prestazioni	Destinatari
EMERGENZA PSICHIATRICA IN ETA' EVOLUTIVA			Attività di valutazione multidisciplinare, diagnosi e cura	
Definizione e Finalità E' un reparto ospedaliero che garantisce 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 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 garantisce 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.	OSPEDALIERO (ACUZIE)	P.O. Materno Infantile 1998-2000 P.O. Tut. Salute Mentale 1998-2000 D.G.R. n. 262/2009	Attività di integrazione e collegamento garantendo la continuità terapeutica con le strutture ed i servizi territoriali TSMREE del territorio di residenza del minore	Soggetti in età evolutiva (12-17 anni)
			Attività di consulenza e collegamento nei reparti e nei servizi dell'ospedale nel quale è ubicato	
			Attività di consulenza presso il PSO, DEA di I e DEA di II livello	
			Attività di documentazione e comunicazione con l'Agenzia di Sanità pubblica (A.S.P.)	
			Attività di collaborazione con strutture per minori con disturbo nell'area della salute mentale in regime di ricovero ordinario	
			Assicura contatto, sostegno e informazione alle famiglie dei pazienti ricoverati	
			Rapporti con l'autorità giudiziaria	

Tipologia Struttura (DCA n.90/2010 e s.m.i.)	Regime assistenziale	Normativa di riferimento	Tipologia prestazioni	Destinatari
UNITA' TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE DELL'ETA' EVOLUTIVA (TSMREE) Definizione e Finalità E' una struttura pubblica territoriale aperta ad accesso diretto che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni), residenti nel bacino di utenza, che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psicologico, psichiatrico e dello sviluppo, disabilità, situazioni di disagio psicosociale e relazionale anche quando si tratti di minori provenienti dal circuito penale. In tale ambito viene assicurata una presa in carico globale integrata, attraverso equipe multidisciplinari, del soggetto in età evolutiva in situazione di disabilità e di disagio ma anche della sua famiglia e viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo	AMBULATORIALE	P.O. Materno Infantile 1998-2000 P.O. Tut. Salute Mentale 1998-2000 D.P.R. 448/88 DPCM 1 aprile 2008 Accordo 26/11/2009 “Linee di indirizzo per l’assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell’Autorità giudiziaria”	Accoglienza Valutazione Diagnostica Multidisciplinare Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato Visite neuropsichiatriche Prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche Colloqui psicologico-clinici Psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo Colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia Abilitazione e riabilitazione motoria, psicomotoria, del linguaggio, della comunicazione e delle funzioni cognitive (individuale e di gruppo) Interventi psicoeducativi di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana (inclusi interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio, di socializzazione e ri-socializzazione, individuali e di gruppo) Gruppi di sostegno e training familiari Interventi sulla rete sociale, formale e informale Consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri, con il reparto per l’Emergenza psichiatrica in età evolutiva e con gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali) Consulenza e collaborazione con i pediatri di libera	Soggetti in età evolutiva (0 -17 anni)

con l'autorità giudiziaria, nonché, il coordinamento con i centri e le strutture di riabilitazione. Garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico. Le attività possono essere svolte nel presidio, a livello domiciliare e/o nel contesto di vita dell'utente.			scelta e i medici di medicina generale Consulenza con le Istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione con le scuole di ogni grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla L. 104/92 e successive modificazioni e integrazioni L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuro-psichiatrici integrata da interventi sociali Interventi psicosociali sanitari su minori e famiglie coinvolti in provvedimenti dell'autorità giudiziaria e rapporti con i servizi sociali	
---	--	--	---	--

Tipologia Struttura (DCA n.90/2010 e s.m.i.)	Regime assistenziale	Normativa di riferimento	Tipologia Prestazioni	Destinatari
CENTRO DIURNO TERAPEUTICO PER L'ETA' PRESCOLARE Definizione e finalità Il C.D.T. per l'età prescolare accoglie soggetti in età evolutiva (3-6 anni) con Disturbi di Sviluppo. Il C.D.T. per 'età prescolare è una struttura intermedia che svolge funzioni terapeutico-riabilitative tese alla individuazione dei nuclei patogenetici cruciali nelle diverse fasi di sviluppo e ad intervenire anche sugli aspetti relazionali del disturbo, integrando interventi psicologici, riabilitativi, educativi e sociali. Svolge, inoltre, una azione di <i>counseling</i> alle strutture educative/scolastiche.	SEMI- RESIDENZIALE (ESTENSIVO)	P.O. Materno Infantile 1998- 2000 P.O. Tut. Salute Mentale 1998- 2000	Attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo personalizzato in collaborazione con il TSMREE di riferimento Attività terapeutiche e/o riabilitative individuali e di gruppo Gruppi terapeutici e/o counseling per i genitori Counseling alle strutture educative e scolastiche Interventi sulla rete sociale, formale e informale Collaborazione con i pediatri di libera scelta	Soggetti in età evolutiva (3-6 anni)

CENTRO DIURNO TERAPEUTICO PER ADOLESCENTI Definizione e finalità L'utenza è costituita da soggetti in età evolutiva (12-17 anni) – anche sottoposti a provvedimenti giudiziari – con disturbo psichopatologico, primario o secondario a grave disagio socio familiare, disabilità cognitive/neuropsicologiche, in fase di post acuzie o in condizioni di crisi che pregiudichi o abbia già pregiudicato l'inserimento nel contesto familiare e/o educativo / formativo, sociale. Il C.D.T. si configura come uno spazio in cui l'équipe operante, oltre a fornire interventi terapeutici, socio-riabilitativi e farmacologici, con garanzie di monitoraggio e verifica, attiva strumenti terapeutici alternativi adeguati alle esigenze specifiche della fascia di età (ateliers terapeutici, terapie di gruppo, ecc.). Sono garantiti inoltre specifici interventi terapeutici e di sostegno per i genitori, nonché di integrazione socio-educativa. L'accesso alla struttura è	SEMI- RESIDENZIALE (ESTENSIVO)	P.O. Materno Infantile 1998- 2000 P.O. Tut. Salute Mentale 1998- 2000 D.P.R. 448/88 DPCM 1 aprile 2008 Accordo 26/11/2009 “Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria”	Attuazione e verifica del programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato in collaborazione con il TSMREE di riferimento Somministrazione di terapie farmacologiche Colloqui psicologico-clinici Psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo Interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa Interventi di risocializzazione (individuale o di gruppo) Interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio (individuale e di gruppo) Interventi sulla rete sociale, formale e informale	Soggetti in età evolutiva (12-17 anni) – anche sottoposti a provvedimenti giudiziari
--	---	--	--	---

autorizzato dal TSMREE territoriale di residenza dell'utente. I progetti terapeutici-riabilitativi, elaborati dall'equipe del CDT, sono concordati con il TSMREE territoriale di residenza dell'utente e hanno, di norma, una durata di 2-3 anni.			
---	--	--	--

Tipologia Struttura (DCA n.90/2010 e s.m.i.)

STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI (S.R.T.R.)

Definizione e finalità.

La S.R.T.R. - Adolescenti quale mediatore della relazione terapeutica, ha la finalità di far superare la fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie attraverso la messa in atto di un trattamento complesso multifattoriale e multidisciplinare di tipo evolutivo/trasformativo. Tale Struttura è adatta per quei pazienti che necessitano di uno spazio e di un tempo necessari sia per riavviare processi evolutivi interrotti, sia per effettuare una valutazione dei disturbi di personalità, sia per risolvere problemi legati alla propria identità, ad atteggiamenti auto ed etero aggressivi e per sperimentare nuove relazioni significative con lo scopo di raggiungere un adeguato recupero funzionale ed un reinserimento nella rete sociale possibilmente nel proprio contesto di appartenenza. L'accesso alle strutture è autorizzato dal TSMREE territoriale di residenza dell'utente. Si prevede, d'intesa con il Servizio TSMREE, la possibilità di prolungare la permanenza presso la struttura anche oltre il compimento del 18° anno di età, al fine di assicurare il perseguimento di obiettivi terapeutici-riabilitativi.

	Regime assistenziale	Normativa di riferimento	Tipologia Prestazioni	Destinatari
S.R.T.R. PER TRATTAMENTI COMUNITARI INTENSIVI	RESIDENZIALE (INTENSIVO)	P.O. Materno Infantile 1998-2000	Attuazione e verifica del programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato in collaborazione con il TSMREE di riferimento	Soggetti di età compresa tra i 12-17 anni (con possibilità di prolungare la permanenza anche oltre il compimento del 18° anno di età) – anche
Definizione e finalità Strutture per pazienti minori con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, compresi quelli che necessitano di una fase di valutazione psicodiagnostica e multidisciplinare a seguito di una richiesta del magistrato, che			Consulenza e collaborazione con il Tribunale penale e civile e con il CPA	
			Visite psichiatriche	
			Somministrazione di terapie farmacologiche	
			Colloqui psicologico-clinici	
			Psicoterapia (individuale, di coppia, familiare e di gruppo)	
			Interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al	

richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni.	S.R.T.R. PER TRATTAMENTI COMUNITARI ESTENSIVI Definizione e finalità Strutture per pazienti minori con disturbi in fase di sub-acuzie, nonché provenienti dal circuito penale, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni (eventualmente prolungabile per permettere il completamento di processi in corso) e successivo reinserimento nell'abitale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (Casa Famiglia, Gruppo Appartamento, ecc.).	RESIDENZIALE (ESTENSIVO)	P.O. Tut. Salute Mentale 1998-2000 D.P.R. 448/88 DPCM 1 aprile 2008 Accordo 26 novembre 2009 “Linee di indirizzo per l’assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell’Autorità giudiziaria”	recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa Interventi di risocializzazione (individuale o di gruppo) Interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio (individuale e di gruppo) Interventi sulla rete sociale informale Collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale Collaborazione con i SERT	provenienti dal circuito penale
				Attuazione e verifica del programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato in collaborazione con il TSMREE di riferimento Somministrazione di terapie farmacologiche Colloqui psicologico-clinici Psicoterapia (individuale, di coppia, familiare e di gruppo) Interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa Interventi di risocializzazione (individuale o di gruppo) Interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio (individuale e di gruppo) Interventi sulla rete sociale informale Collaborazione con i SERT	Soggetti di età compresa tra i 12-17 anni (con possibilità di prolungare la permanenza anche oltre il compimento del 18° anno di età) – anche provenienti dal circuito penale

2. IL FABBISOGNO NEI SINGOLI LIVELLI ASSISTENZIALI

2.1. Emergenza Psichiatrica in età evolutiva (Adolescenza: 12-17 anni)

Con la D.G.R. n. 262/2009 “Approvazione documento concernente: *“Rapporto Strategico per gli Interventi Sanitari e la Gestione delle Emergenze Psichiatriche in Età Evolutiva nella Regione Lazio”* si definiscono i percorsi di cura e un modello di intervento nell’ambito del problema dell’Emergenza Psichiatrica in Età Evolutiva.

Come indicato nelle Raccomandazioni contenute nel Rapporto suddetto, 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. Il reparto si configura come struttura ad elevata intensità assistenziale e richiede personale adeguato ad affrontare la specificità delle cure in questo ambito clinico.

Nel Piano Sanitario Regionale 2010-2012, all’interno del paragrafo dedicato agli interventi per la tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva, si evidenzia la necessità di *“realizzazione di spazi di degenza dedicati al trattamento di disturbi psichici gravi trattabili solo in regime residenziale basati su una stima dell’effettivo fabbisogno, atti a garantire la gestione dell’emergenza psichiatrica in età preadolescenziale e adolescenziale in diretta continuità con il circuito dell’emergenza territoriale”*.

Il fabbisogno minimo per tale reparto, attualmente non presente sul territorio regionale, è definito in 8 posti letto dedicati all’assistenza delle Emergenze Psichiatriche in Adolescenza per la popolazione di tutta la Regione Lazio.

2.2 Unità Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) (0-17 anni)

Il fabbisogno corrisponde alla presenza di 1 Servizio TSMREE per ogni Distretto (secondo quanto previsto dalla tabella n. 7) nell’attuale organizzazione.

Le ASL devono garantire che a livello aziendale nell’ambito delle UU.OO. TSMREE sia presente una “Equipe multidisciplinare per la salute mentale dell’età evolutiva”, così come previsto dal Piano di Azioni Nazionale per la salute mentale (2012), con funzioni di Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) di riferimento per:

- 1) presa in carico dei minori con problemi di salute mentale;
- 2) gestione del progetto terapeutico e invio alle strutture semiresidenziali (CDT) e residenziali (SRTR) di utenti in carico alle U.O. TSMREE territoriali di residenza del paziente e per i minori del circuito penale per i percorsi assistenziali nell’area dell’emergenza psichiatrica, secondo criteri di appropriatezza clinica.

Le suddette Equipe multidisciplinari devono essere formate da personale specializzato nel campo della salute mentale dell’età evolutiva e devono essere composte almeno dalle seguenti figure professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo psicoterapeuta, assistente sociale, professionisti sanitari della riabilitazione.

Tabella 7 – Distretti sociosanitari nella Regione Lazio

ASL	N. Distretti
RMA	4
RMB	4
RMC	4
RMD	4

RME	4
RMF	4
RMG	6
RMH	6
Frosinone	4
Latina	5
Rieti	5
Viterbo	5
LAZIO	55

2.3. Strutture semi-residenziali

Il Progetto Obiettivo Materno-infantile 1998-2000 prevede 1 struttura semiresidenziale ogni 500.000 abitanti. Sulla base dei dati di popolazione riferiti all'anno 2010 il numero di strutture è così rappresentato da quanto espresso nella tabella che segue.

ASL	Popolazione 2010	N. Strutture semiresiden- ziali in base standard 1/500.000*
RMA	487.312	1
RMB	696.312	2
RMC	537.346	1
RMD	566.884	1
RME	524.610	1
RMF	313.568	1
RMG	483.524	1
RMH	545.128	1
VT	318.139	1
RI	159.979	1
LT	551.217	1
FR	497.849	1
Lazio	5.681.868	13

* I valori sono stati arrotondati al fine di garantire una copertura omogenea e un'offerta assistenziale capillare su tutto il territorio regionale.

Le strutture semiresidenziali previste dal DCA n. 90/2010 nell'area della salute mentale dell'età evolutiva sono:

- il Centro Diurno Terapeutico per l'età pre-scolare del TSMREE (3-6 anni);
- il CD terapeutico età adolescenziale (12-17 anni).

Entrambe queste strutture intermedie si occupano di due fasce di età particolarmente rilevanti per la prevenzione e l'intervento precoce, anche ai fini di garantire un intervento sanitario appropriato in queste delicate fasi evolutive e di permettere una cura adeguata e un investimento in termini di salute pubblica sulle giovani generazioni.

Infatti il C.D.T. (Centro Diurno Terapeutico) accoglie soggetti in età evolutiva con Disturbi di Sviluppo e svolge funzioni terapeutico-riabilitative tese alla individuazione dei nuclei patogenetici cruciali nelle diverse fasi di sviluppo, collaborando con le famiglie e con le principali agenzie educative e scolastiche.

Il CD terapeutico età adolescenziale accoglie soggetti in una particolare fascia dell'età evolutiva (12-17 anni) – anche sottoposti a provvedimenti giudiziari – con disturbo psicopatologico, primario o secondario.

Nella stima del fabbisogno si è tenuto conto della necessità di garantire la presenza di entrambe le strutture in quanto dedicate a due fasce di età particolarmente delicate dal punto di vista evolutivo.

2.3.1. Centro Diurno Terapeutico per l'età pre-scolare del TSMREE (3-6 anni)

Il C.D.T. (Centro Diurno Terapeutico) per l'età prescolare accoglie soggetti in età evolutiva (3–6 anni) con Disturbi di Sviluppo e svolge funzioni terapeutico-riabilitative tese alla individuazione dei nuclei patogenetici cruciali nelle diverse fasi di sviluppo e ad intervenire anche sugli aspetti relazionali del disturbo, integrando interventi psicologici, riabilitativi, educativi e sociali. Svolge, inoltre, una azione di *counseling* alle strutture educative/scolastiche.

Il fabbisogno dei Centri Diurni Terapeutici per l'età prescolare è definito in 1 struttura per ogni ASL del territorio regionale. Per la ASL Roma B, a causa della numerosità della popolazione, sono previste 2 strutture semiresidenziali.

2.3.2 CD terapeutico età adolescenziale (12-17 anni)

A questa premessa segue la considerazione che questo tipo di Centri andrebbe a rappresentare un anello fondamentale del sistema di intervento assistenziale sulla fascia di età 12-17 anni che soffre di disturbi nell'area della salute mentale. In particolare i Centri Diurni forniscono quel tassello assistenziale necessario per lo svolgimento delle attività di mantenimento che rappresentano un elemento centrale sia per cura e il reinserimento dei giovani, che per la prevenzione di episodi acuti. A questo quadro si aggiunge la necessità di tener conto, dopo l'entrata in vigore del D.P.M.C. 1 aprile 2008, dei minori dell'area penale che soffrono di disturbi psichiatrici o psicopatologici che nella nostra regione transitano attraverso due importanti centri - il CPA (Centro di Prima Accoglienza) e l'IPM (Istituto Penale Minorile) - e che possono aver necessità di questo tipo di strutture.

Il fabbisogno di CD terapeutico età adolescenziale (12-17 anni), che sulla base del DCA n. 90/2010 e s.m.i. può ospitare fino ad un massimo di 12 posti semiresidenziali, tenendo conto anche della continuità terapeutica prevista con le altre strutture della rete assistenziale, viene definito nella presenza di 12 posti semiresidenziali per ogni ASL. Per la ASL Roma B, a causa della numerosità della popolazione, sono previsti n. 24 posti semiresidenziali.

2.4. Fabbisogno per le strutture residenziali (S.R.T.R. Adolescenti Intensive ed Estensive)

L'allegato 6 del Progetto Obiettivo Materno-infantile 1998-2000 prevede 1 struttura residenziale ogni 1.500.000 abitanti per le aree metropolitane o ad alta densità di popolazione (nella tabella che segue). Nel Progetto obiettivo suddetto si precisa che ogni comunità non dovrebbe ospitare, tendenzialmente, più di 10 ragazzi di età compresa tra i 10 e i 17 anni compiuti. Per le comunità residenziali a ciclo continuo, diurno e notturno, deve essere praticata una differenziazione, all'interno della struttura, in rapporto al sesso e all'età: ragazzi di 10-14 anni e di 15-17 anni.

ASL	Popolazione 2010	N. Strutture residenziali in base standard 1/1.500.000	N. PL in base a Max 10 pl
RMA	487.312	0,3	3,2
RMB	696.312	0,5	4,6
RMC	537.346	0,4	3,6
RMD	566.884	0,4	3,8
RME	524.610	0,3	3,5
RMF	313.568	0,2	2,1
RMG	483.524	0,3	3,2
RMH	545.128	0,4	3,6
VT	318.139	0,2	2,1
RI	159.979	0,1	1,1
LT	551.217	0,4	3,7
FR	497.849	0,3	3,3
Lazio	5.681.868	3,8	37,9

Inoltre il fabbisogno di *Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per adolescenti (S.R.T.R.) Adolescenti* stimato tiene conto - a seguito dell'entrata in vigore del D.P.C.M. 1 aprile 2008 e dell'Accordo 26 novembre 2009 "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria" – sia dei dati provenienti dalle dimissioni dei minori nei reparti per acuti anche delle richieste provenienti dal circuito penale minorile che hanno bisogno sia di una fase di valutazione psicodiagnostica e multidisciplinare anche a seguito di una richiesta del magistrato, sia dei possibili ricoveri impropri che attualmente avvengono per esempio nelle Comunità socio-educative, come segnalato dal Ministero della Giustizia – Dipartimento della Giustizia Minorile.

Nella stima del fabbisogno sono stati considerati diversi ulteriori fattori:

- 1) dall'approvazione del Progetto Obiettivo sono passati oltre dieci anni e che in questo arco di tempo si è passati a definire con migliore appropriatezza le necessità di trattamenti per i minori di questa fascia di età. Ogni presa in carico del minore deve rispondere ad esigenze correlate con un successivo e specifico piano terapeutico che deve essere "*personalizzato, multimodale, integrato e verificabile*" nei suoi esiti;
- 2) la necessità di inviare in idonea struttura clinico-terapeutica quei minori che presentassero problematiche correlate ad un consumo di sostanze stupefacenti e/o alcoliche, considerando che tale stato può non configurare necessariamente uno stato di dipendenza, ma certamente un rilevante fattore di rischio che deve essere considerato. Questi soggetti possono presentare un concomitante stato comorbile psichiatrico che necessita di altrettanta attenzione clinica.

Nell'ottica di garantire sia l'appropriatezza che la continuità del percorso assistenziale prevista con le altre strutture a minore e maggiore intensità assistenziale, il fabbisogno viene così definito:

- 20 PL in S.R.T.R. Adolescenti Intensive *per trattamenti comunitari intensivi* di cui almeno 10 posti letto collocati territorialmente nelle ASL della città di Roma;
- 80 PL in S.R.T.R. Adolescenti estensive *per trattamenti comunitari estensivi* distribuiti territorialmente in modo tale da essere accessibili a tutto il bacino di utenza regionale (possibilmente 40 posti letto nelle ASL della città di Roma e Provincia, 20 posti letto nelle ASL di Rieti/Viterbo e 20 posti letto nella ASL di Latina/Frosinone).

Nei casi dei minori appartenenti al circuito penale la presa in carico terapeutica deve tener conto di un percorso assistenziale che dovrà essere definito da apposite Linee guida regionali o protocolli operativi specifici. Nelle more dell'approvazioni dei suddetti protocolli l'allegato n. 2 al presente Decreto contiene i passaggi e i principi essenziali che devono essere garantiti.

Si prevede che fino ad un massimo di 5 PL sul totale, su richiesta dell'equipe valutativa del TSMREE, è possibile attivare progetti sperimentali personalizzati per quei casi di particolare complessità gestionale che richiedono un elevato carico assistenziale e di contenimento rispetto a problematiche affettive, relazionali e comportamentali.

Tabella n. 8 – Quadro sintetico dei livelli assistenziali e relativa tipologia con numero di posti/posti letto previsti.

Livello assistenziale	Tipologia Struttura (DCA n. 90/2010)	Posti/PL massimi previsti per singola struttura	Riserva di posti per i minori del circuito penale	Bacino di utenza	Collegamento Funzionale
<i>Acuzie</i>	Reparto ospedaliero (Emergenza Psichiatrica)	8 PL	/	Regionale	Con il TSMREE territorialmente competente
<i>Ambulatoriale</i>	T.S.M.R.E.E.	/	/	Distrettuale – anche per i minori provenienti dal circuito penale	/
<i>Semiresidenziale</i>	CD Terapeutico per l'età prescolare	/	/	Sovradistrettuale (aziendale) / Regionale	Con il TSMREE territorialmente competente
	CD terapeutico per Adolescenti	12 Posti	2 Posti*	Sovradistrettuale (aziendale)/ Regionale per i minori provenienti dal circuito penale	Con il TSMREE territorialmente competente
<i>Residenziale</i>	S.R.T.R. Adolescenti Intensive	10 PL	2 PL in ciascuna S.R.T.R. Intensiva*	Regionale - anche per i minori provenienti dal circuito penale	Con il TSMREE territorialmente competente
	S.R.T.R. Adolescenti Estensive	20 PL	2 PL in ciascuna S.R.T.R. Estensiva*	Regionale - anche per i minori provenienti dal circuito penale	Con il TSMREE territorialmente competente

* I posti riservati ai minori del circuito penale devono essere sempre resi disponibili al momento della richiesta.

Tabella n. 9 - Sintesi della stima del fabbisogno

Tabella n. 9 - Sintesi della stima del fabbisogno															
Tipologia Struttura/Servizio di cui al D.C.A. n. 90/2010 e s.m.i.	Estensione territoriale ASL											Fabbisogno			
	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	LT	FR	RI	VT	Offerta programmata (n. strutture)	Offerta attuale (n. strutture)	Differenza (n. strutture)
Emergenza psichiatrica in età evolutiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 regionale	0	- 1 regionale ¹
TSMREE	4	4	4	4	4	4	6	6	5	4	5	5	55	55	0
CD Terapeutico per età prescolare	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	13 ²	2	-11
Tipologia Struttura	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	LT	FR	RI	VT	Offerta programmata (n. Posti semi- residenziali)	Offerta programmata (n. Posti semi- residenziali)	Offerta programmata (n. Posti semi- residenziali)
CD Terapeutico per Adolescenti	12 posti	0	12 posti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	156 ³	24	- 132
Tipologia Struttura	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	LT	FR	RI	VT	Offerta programmata (n. PL residenziali)	Offerta attuale (n. PL residenziali)	Differenza (n. PL residenziali)
SRTR per Adolescenti Intensiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20 ⁴	0	- 20 ⁵
SRTR per Adolescenti Estensiva	0	10 PL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80 ⁶	10 PL	- 70 ⁷

LEGENDA: TSMREE = Unità Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva; CD = centro diurno; SRTR = struttura residenziale terapeutico-riabilitativa.

¹ Per un totale di 8 posti letto.

² 1 per ogni ASL; per la ASL Roma B, a causa della numerosità della popolazione, sono previste n. 2 strutture *CD Terapeutico per età prescolare*.

³ Sulla base dei requisiti previsti dal DCA n. 90/2010 e s.m.i. ogni CD Terapeutico per Adolescenti può ospitare fino ad un massimo di 12. Sono previsti 12 posti semiresidenziali per ogni ASL; per la ASL Roma B, a causa della numerosità della popolazione, sono previsti n. 24 posti semiresidenziali.

⁴ Sulla base dei requisiti previsti dal DCA n. 90/2010 e s.m.i. ogni SRTR Intensiva può ospitare fino ad un massimo di 10 posti letto.

⁵ Di cui almeno 10 posti letto collocati territorialmente nelle ASL della città di Roma.

⁶ Sulla base dei requisiti previsti dal DCA n. 90/2010 e s.m.i. ogni SRTR Estensiva può ospitare fino ad un massimo di 20 posti letto.

⁷ I posti letto devono essere distribuiti territorialmente in modo tale da essere accessibili a tutto il bacino di utenza regionale e possibilmente: 40 PL totali nelle ASL della città di Roma e Provincia, 20 PL totali nelle ASL di Rieti/Viterbo e 20 PL totali nelle ASL di Latina/Frosinone.

Allegato n. 2

Percorsi sanitari del minore nell'area penale per le misure alternative

Il comportamento deviante del minore si colloca nell'ambito di forme di disagio che spesso favoriscono l'insorgenza di disturbi nella sfera della salute mentale.

Sulla base dell'Accordo 26/11/2009 "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria" si intendono qui precisare i percorsi possibili che i minori possono seguire una volta che siano sottoposti a misure penali diverse dalla custodia cautelare in carcere, così come previsto dal D.P.R. n. 448/88 "Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni".

Tra i compiti previsti dal D.P.C.M. 1 aprile 2008 e trasferiti al SSN vi è il collocamento in comunità terapeutiche e socio educative disposto dall'Autorità giudiziaria quando i minori siano portatori di disagio psichico, disturbi psichiatrici o problematiche relative all'uso di sostanze.

E' importante precisare che nella Regione Lazio, nell'ambito della salute mentale, le comunità terapeutiche sono state denominate, a seguito del DCA n. 90/2010, nell'ambito delle strutture residenziali, Strutture residenziali terapeutico-riabilitative (S.R.T.R.) per trattamenti comunitari intensivi e per trattamenti comunitari estensivi.

Il minore arrestato o fermato viene portato al CPA (Centro di Pronta Accoglienza) dove viene effettuata una prima valutazione multiprofessionale dal personale sanitario della ASL RMD operante nel Centro tenuto conto dei tempi previsti dalla normativa vigente. Analogo percorso valutativo è previsto per i casi di competenza dell'IPM.

Nei casi di una successiva valutazione di non appropriatezza dell'intervento terapeutico di un minore già inserito in un qualsiasi percorso di cura, dovrà essere effettuata una nuova valutazione da parte dell'equipe inviante per un rivalutazione del percorso terapeutico stesso.

Si prende atto che attualmente le Aziende interessate (ASL RMD ed ASL RME) provvedono alle competenze amministrative dell'iter terapeutico del circuito penale del minore, nelle more della completa attivazione delle ordinarie procedure di recupero delle somme che regolano la mobilità attiva e passiva intra ed inter regionale. Anche nel caso di minori immigrati irregolari, non accompagnati e senza fissa dimora, le competenze amministrative saranno riferite alla ASL sul cui territorio insiste il CPA o l'IPM fino al completamento dell'iter terapeutico del circuito penale del minore, ivi incluse le competenze specifiche del Ministero dell'Interno.

Pur costituendo una minoranza va posta particolare attenzione alla tutela della salute mentale delle detenute minorenni sottoposte a provvedimenti penali soprattutto in presenza di eventuali figli.

Alle detenute minorenni in qualsiasi struttura si trovino a transitare (CPA, IPM, Comunità) si riconoscono specifiche e particolari esigenze - sia legate all'area di provenienza sia al peggioramento dovuto alla dolorosa esperienza della detenzione - che necessitano di appositi programmi assistenziali da definire tra le strutture della Giustizia e quelle delle ASL territorialmente competenti. Nel caso di gestanti è necessario garantire i diritti della madre e del bambino attraverso un percorso di assistenza psicologica e sanitaria di accompagnamento allo svolgimento di una normale gravidanza e di un corretto sviluppo psicofisico del neonato. La reclusione o la limitazione della libertà delle gestanti possono rendere la gravidanza e l'evento nascita particolarmente problematici per l'equilibrio psicofisico della donna e per quello del feto e/o neonato.

Nelle more dell'adozione di protocolli operativi specifici sui percorsi assistenziali, nei quali verranno identificati anche criteri e modalità per il monitoraggio degli esiti dei trattamenti dei minori coinvolti nell'area penale, si evidenziano di seguito i passaggi e i principi essenziali da garantirsi, nell'ottica della leale collaborazione istituzionale che impronta tutto il D.P.C.M. 1 aprile 2008 e i rapporti tra amministrazioni pubbliche.

1. Minori condotti presso il CPA (Centro di Prima Accoglienza)

- 1) L'equipe sanitaria della ASL RMD in servizio presso il CPA prende in carico il minore e assicura una valutazione preliminare delle sue condizioni psicofisiche attraverso la quale si identifica la presenza/assenza della tipologia del disagio in atto o eventualmente la necessità di ulteriore approfondimento diagnostico. Tale valutazione deve contenere anche il percorso assistenziale necessario per il minore (progetto terapeutico, inserimento in comunità terapeutica – SRTR intensiva o estensiva – inserimento in comunità socio-educativa);
- 2) tali elementi costituiranno criteri per la valutazione giudiziaria in fase di udienza di convalida del GIP;
- 3) successivamente all'udienza di convalida e in concomitanza di prescrizioni di tipo sanitario saranno coinvolti dalla ASL Roma D i servizi territoriali di residenza del minore (TSMREE e SERT laddove necessario);
- 4) nel caso in cui l'udienza di convalida determina l'attuazione di una misura cautelare in carcere e il successivo invio all'IPM di Roma, sarà compito della ASL RME prendere in carico il minore per i successivi passaggi di competenza;
- 5) nel caso in cui i sanitari della ASL RMD ritengano necessario un approfondimento diagnostico, lo stesso potrà essere effettuato nell'ambito di specifiche prescrizioni dell'Autorità Giudiziaria (art. 20) o presso comunità (art. 22).

2. Minori detenuti presso l'Istituto Penale Minorile (IPM) Casal del Marmo

- 1) L'equipe sanitaria in servizio presso l'IPM prende in carico il minore e assicura una valutazione preliminare o un approfondimento delle sue condizioni psicofisiche attraverso le quali si identifica la presenza/assenza della tipologia del disagio in atto o eventualmente la necessità di ulteriore approfondimento diagnostico. Tale valutazione deve contenere anche il percorso assistenziale necessario per il minore (progetto terapeutico, inserimento in comunità terapeutica – SRTR intensiva o estensiva – inserimento in comunità socio-educativa);
- 2) l'equipe sanitaria della ASL RME effettua una valutazione diagnostica formulata secondo la classificazione ICD-10 e la trasmettono alla U.O. TSMREE di residenza del minore;
- 3) i servizi di Giustizia Minorile e gli specialisti dell'equipe sanitaria operante nell'IPM collaborano per la definizione di un progetto terapeutico individuale, sentiti anche i sanitari della U.O. TSMREE di residenza del minore.