

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 7 MAR. 2000

ADDI' 7 MAR. 2000 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

BADALONI	Pietro	Presidente	FEDERICO	Maurizio	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANIN	Giovanni	"
ALEANDRI	Livio	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
AMATI	Matteo	"	MARRONI	Angiolo	"
BONALONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Pasquale	"			

ASSISTE IL VICE SEGRETARIO Dott. Adolfo Papi.
..... OMISSIS

ALEANDRI, BONADONNA, DONATO, MARRONI, META.

ASSENTI: _____

DELIBERAZIONE N° 644

Oggetto: Approvazione progetto obiettivo regionale "Promozione e tutela salute mentale eta' evolutiva 2000 - 2002".



OGGETTO : Approvazione Progetto obiettivo regionale " Promozione e tutela salute mentale età evolutiva 2000-2002 "

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Salvaguardia e Cura della salute

VISTA la DCR 15 marzo 1990 n° 1170 riguardante : " Approvazione del regolamento-tipo concernente l'organizzazione e il funzionamento dell'Ufficio di direzione delle unità sanitarie locali e del regolamento-tipo concernente l'organizzazione e il funzionamento delle unità sanitarie locali stesse" dove all'art 34 viene istituito il servizio Materno-Infantile e dell'età evolutiva per la procreazione cosciente e responsabile

VISTA la DCR 13.07.1994 n° 1017 riguardante : Modificazioni ed integrazioni al regolamento-tipo concernente l'organizzazione e il funzionamento dei servizi delle unità sanitarie locali approvato con deliberazione del Consiglio regionale n° 1170 del 15 marzo 1990 " nella quale ,all'art 37bis viene istituita, nell'ambito del Servizio materno-infantile, l'area tutela della salute mentale e della riabilitazione nell'età evolutiva che si occupa di pazienti della fascia d'età 0-18

VISTO il Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n° 502, così come modificato dal dlq. 7 dicembre 1993 n° 517, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria in attuazione della legge 24 ottobre 1992 n° 421

VISTO il DPR 24 dicembre 1992 concernente " definizione dei livelli uniformi di assistenza"

PRESO ATTO della DGR 13 aprile 1995 n° 3140 concernente " Direttive per l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere"

VISTA la legge regionale 9 settembre 1996 n° 38 concernente " Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio "



VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998 recante : " Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000"

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999 recante : " Approvazione del progetto obiettivo Tutela salute mentale 1998-2000" laddove si prevede una " Area organizzativa dei Servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva"

TENUTO CONTO che con deliberazione del 29 settembre 1998 n° 4871 concernente : " Progetto tutela salute mentale in età prescolare e progetto d'intervento territoriale nella crisi in età preadolescenziale e adolescenziale " è stato approvato un piano d'intervento, in questo ambito gravemente carente, sia nell'area della prevenzione (fascia 3-6 anni) tendente all'individuazione tempestiva dell'insorgenza del disturbo, che in quello della crisi preadolescenziale e adolescenziale (fascia 12-18 anni) finalizzato alla gestione di questo momento di " rottura " onde impedire l'avvio dell'adolescente ad un inesorabile percorso psichiatrico

CONSIDERATA la DGR del 29 settembre 1998 n° 4872 così come modificata dalla DGR 6171/98 concernente : " Istituzione di un Centro di Riferimento regionale per i disturbi di sviluppo nell'età evolutiva". Al centro di psicopatologia e neuropsicologia dello sviluppo - istituito presso l'Azienda Policlinico Umberto 1° - sono affidati compiti sia di ricerca per fasce di problematiche, mirati essenzialmente all'abbassamento dell'età media per la diagnosi ed alla individuazione dei casi " mascherati ", che assistenziali

PRESO ATTO della DGR 1781 del 30 marzo 1999 riguardante : " Impegno ed erogazione della somma di f. 1.400.000.000 cap 41305 es 1999 - fondi CIPE assegnati dal Ministero della Sanità per la tutela della salute mentale con deliberazione del 16.02.90 - decreto di erogazione del Ministero del Tesoro n° 143196 del 20.5.1994 " con la quale è stata finanziata l'istituzione di 8 Centri diurni terapeutici per l'età prescolare e 6 Centri diurni terapeutici per l'età preadolescenziale ed adolescenziale

VISTO il Decreto legislativo 19 giugno 1999 n° 229 recante : "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'art 1 della legge 30 novembre 1998 n° 419 "

TENUTO CONTO del rilievo posto dal Piano Sanitario Nazionale e dal Progetto obiettivo "Tutela salute mentale" all'area della tutela della salute mentale in età evolutiva, area strettamente interdipendente con quella della salute mentale dell'età adulta, sia per le attività mirate a prevenire e ad individuare tempestivamente il disturbo psichico, che in quelle rivolte alla cura del paziente nell'ottica di un " continuum " della sua presa in carico



RILEVATO che L'Assessorato Salvaguardia e cura della salute già con le succitate deliberazioni 4871/98, 4872/98, e 1781/99 ha predisposto un piano d'intervento, finanziandolo adeguatamente, relativo alla tutela della salute mentale in età prescolare e nella crisi in età preadolescenziale e adolescenziale

CONSIDERATO che per il monitoraggio del succitato progetto, da sperimentare per un biennio, è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro che valuterà l'adeguatezza dell'impianto strutturale e la sua efficacia, alla luce dei bisogni emersi

RILEVATA, pertanto, la necessità di uniformare e promuovere lo sviluppo dell'area della tutela della salute mentale in età evolutiva attraverso la predisposizione di un progetto obiettivo regionale che, alla luce della recente normativa emanata a livello centrale, delinea le caratteristiche strutturali, funzionali e gestionali dell'area in argomento nell'ottica dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni offerte ed in raccordo con quelle prestate presso i dipartimenti di salute mentale dell'età adulta

all'unanimità

DELIBERA

- di approvare, per tutto quanto espresso in premessa e che s'intende integralmente riportato, l'allegato documento, quale parte integrante alla presente deliberazione, denominato "Progetto obiettivo regionale "Promozione e tutela salute mentale età evolutiva 2000-2002"

- DI DISPORRE LA PUBBLICAZIONE DELLA PRESENTE DELIBERAZIONE SUL BUR *ADP*

Il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi dell'art 17 comma 32 della legge 15 maggio 1997 n° 127

11 MAR. 2000

IL PRESIDENTE: f.to PIETRO BADALONI
IL VICE SEGRETARIO: f.to Dott. Adolfo PARI



REGIONE LAZIO

Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute

SETTORE MEDICINA SOCIALE

... alla DELIB. N. 644
DEL 17 MAR. 2000

PROGETTO OBIETTIVO REGIONALE
TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE
ETA' EVOLUTIVA
2000-2002

FEBBRAIO 2000



[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

INDICE

1. PREMESSA
2. OBIETTIVI ED INTERVENTI
 - 2.1. Interventi Prioritari
 - 2.2. Gruppo Permanente di Monitoraggio
3. STRATEGIE OPERATIVE
 - 3.1. Centralità dell'intervento territoriale
 - 3.2. Integrazione operativa
 - 3.3. Lavoro in équipe distrettuali
4. MODELLO ORGANIZZATIVO
 - 4.1. Compiti dell'Area Funzionale Dipartimentale
 - 4.2. Compiti dell' U. O. C.
 - 4.3. Direzione
- 5 COMPONENTI ORGANIZZATIVE DELLA U.O.C.
 - 5.1. U.O. Centro Diurno Diagnostico Terapeutico per la prima Infanzia
 - 5.3. U.O. Centro Diurno per adolescenti con gravi disturbi psicopatologici
 - 5.4. U.O. Ospedaliera NPI
6. UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE
 - 6.1. Attività Ambulatoriale
 - 6.2. Day-Hospital
 - 6.3. Ricovero
- 7 SISTEMA INFORMATIVO
- 8 CARTA DEI SERVIZI
- 9 FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO
- 10 COLLEGAMENTI CON ALTRE ISTITUZIONI
 - 10.1 Ruolo dell'Ente Locale
 - 10.2 Ruolo delle Istituzioni Scolastiche
 - 10.3. Ruolo dell'Autorità Giudiziaria,
 - 10.4 Ruolo del volontariato e del Privato Sociale

Allegato A) Tabelle nn. 1, 2, 3, 4 sui Servizi, l'Utenza e la popolazione residente.



Handwritten mark

Handwritten mark

Handwritten mark

1. PREMESSA

La tutela della salute mentale e la riabilitazione in età evolutiva sono compiti fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, sia per la crescente rilevanza che vanno assumendo i disturbi nell'area dello sviluppo neurologico, neuropsichico e psicologico, sia per l'indubbio valore preventivo che tali interventi rivestono nei riguardi del disagio psichico e della malattia mentale nell'adulto.

Per attuare un programma efficace in questo ambito è necessario intervenire mediante un'azione convergente sul piano sanitario e su quello socio-assistenziale, tenendo conto delle peculiari caratteristiche dei soggetti in età evolutiva che richiedono competenze assolutamente specifiche.

Più precisamente è necessario tener presente che:

- il bambino cresce e le sue funzioni si evolvono: ne deriva la profonda diversità dei problemi rispetto a quelli dell'adulto, per la presenza di aspetti specifici per ogni fase evolutiva, dall'età neonatale all'adolescenza. Di qui la necessità di operatori con competenza specifica sui modelli di sviluppo sui fattori interferenti;
- in età evolutiva incide in modo ancor più evidente la stretta interdipendenza con il contesto, ne deriva la necessità di una presa in carico allargata all'ambiente (famiglia, scuola, agenzie sociali, altri servizi);
- in età evolutiva, ed in particolare in preadolescenza ed adolescenza, esiste una labilità del confine tra norma e disturbo: ne deriva la necessità di utilizzare strumenti sensibili a cogliere e valutare il momento di insorgenza del disturbo;
- in età evolutiva c'è una stretta interdipendenza tra area psicologica, affettivo-relazionale, cognitiva e motoria-sensoriale: ne deriva la necessità di integrazione delle diverse competenze specialistiche nell'equipe multidisciplinare;
- il bambino è in condizioni di debolezza e di dipendenza come titolare di diritti soggettivi: pertanto è indispensabile una particolare accortezza nel rispetto delle prerogative della famiglia e degli organi tutori, in primo luogo nella condivisione del progetto terapeutico-riabilitativo e nella esauriente ed adeguata informazione sui processi diagnostici e terapeutici.



-Un intervento efficace sulla salute mentale in età evolutiva non può, pertanto, prescindere da una visione globale che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute, la cura e la riabilitazione, e che si realizzi, sul piano operativo, nella integrazione delle competenze sanitarie dei servizi della ASL con quelli socio-assistenziali degli Enti Locali. Ciò implica il coinvolgimento nel territorio di tutte le strutture e gli operatori che si occupano dei soggetti in età evolutiva.

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

2) Obiettivi ed interventi

Visto il P.S.N. 1998-2000, si individuano, per l'età evolutiva, i seguenti obiettivi:

- Prevenzione dei comportamenti a rischio in età pre-adolescenziale e adolescenziale con riferimento alle lesioni accidentali gravi, alle auto-lesioni e alle dipendenze;
- Prevenzione delle cause di disabilità mentale, sensoriale e plurime;
- Prevenzione dei casi di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali;
- Potenziamento dei servizi extra-ospedalieri, specie quelli a ciclo diurno, preposti al recupero dei disturbi neuropsicopatologici e delle limitazioni funzionali;
- Integrazione dei servizi materno-infantili con quelli socio-assistenziali ed educativi, anche tenendo conto di quanto previsto nel Piano Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza;
- Miglioramento della qualità della vita e dell'integrazione sociale dei soggetti con disagio psichico e/o in condizioni di handicap;
- Riduzione dell'incidenza dei suicidi nelle popolazioni a rischio;
- Individuazione e trattamento precoce del disagio psicologico e sociale, del disadattamento, della psicopatologia, dei disturbi neuro-psicologici e cognitivi;
- Individuazione e trattamento precoce dei disturbi neurologici, centrali e periferici, delle malattie muscolari e delle patologie genetiche;
- Prevenzione e individuazione precoce degli abusi ai minori e/o delle situazioni a rischio di abuso e trattamento dei minori e delle rispettive famiglie;
- Riduzione delle conseguenze della disabilità di varia origine, mediante interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

2.1. Interventi prioritari

- Progettare ed attuare il sistema informativo regionale anche avvalendosi della Agenzia Regionale di Sanità;
- Sviluppare e potenziare i servizi ambulatoriali territoriali mediante l'acquisizione delle risorse necessarie strutturali, umane e tecnologiche;
- Definire i sistemi di valutazione attraverso l'individuazione di criteri e indicatori di struttura, processo ed esito;
- Individuare linee guida, protocolli e procedure per:
 - a) l'accoglienza e la valutazione della domanda dell'utente;
 - b) i criteri della presa in carico;
 - c) l'intervento per i minori in condizione di crisi;
 - d) le diagnosi delle principali patologie;
 - e) la progettazione e l'attuazione degli interventi di educazione alla salute;
 - f) gli interventi riabilitativi in età evolutiva;
- Prevedere interventi di assistenza domiciliare, anche prolungati nel tempo, per



Handwritten signature

Handwritten signature

- il mantenimento nella famiglia e nell'ambiente sociale di riferimento dei minori con gravi problematiche anche psicopatologiche
- Programmare ed attuare interventi di sostegno psicologico e sociale alle famiglie dei bambini con difficoltà gravi
 - Programmare interventi preventivi e di sostegno per i bambini che vivono in famiglie multiproblematiche con particolare riferimento alle situazioni di patologia psichiatrica e di patologie da dipendenza
 - Promuovere interventi preventivi e di individuazione precoce dei casi a rischio di abuso e/o maltrattamento
 - Promuovere interventi preventivi e di individuazione precoce dei casi a rischio di suicidio
 - Promuovere interventi preventivi di trattamento precoce nel neonato a rischio
 - Promuovere interventi per la diagnosi ed il trattamento tempestivo in età prescolare dei disturbi di sviluppo e delle disabilità.

2.2. Gruppo Regionale Permanente di Monitoraggio.

Al fine di sostenere l'attuazione del presente Progetto Obiettivo, viene istituito, presso l'Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute, un gruppo di lavoro permanente rappresentativo delle Aziende USL della Regione, degli Istituti Universitari e IRCS con i compiti di:

- individuare gli obiettivi prioritari di salute a livello regionale e monitorare il raggiungimento degli obiettivi;
- valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi;
- programmare le eventuali istituzioni di strutture interaziendali.

3. STRATEGIE OPERATIVE

3.1. Centralità dell'intervento territoriale che consente di rispondere ai bisogni del bambino/adolescente nel suo ambiente naturale di vita.

Le finalità precipue del servizio sono:

- a) integrazione psicologica e sociale dei minori nei contesti di vita e di lavoro, evitando i processi di emarginazione;
- b) promozione e miglioramento della qualità della vita dei minori e della loro salute psico-fisica;
- c) prevenzione e progressivo superamento dei processi di istituzionalizzazione e ricorso prioritario a strutture educative, a servizi e soluzioni integrative o, quando necessario, sostitutive della famiglia, predisponendo ed assicurando le adeguate prestazioni specialistiche sanitarie di supporto, anche domiciliari;
- d) ricorso al ricovero in ambiente clinico, quando indispensabile, in misura strettamente temporanea ed in condizioni logistico-operative atte a garantire i diritti e bisogni peculiari dell'età evolutiva;



- e) presa in carico, anche prolungata, in ragione delle caratteristiche specifiche dell'utenza;
- f) integrazione progettuale con l'area della procreazione cosciente e responsabile e con l'area della medicina preventiva del Dipartimento Materno-Infantile;
- g) garanzia della continuità dell'intervento complesso attraverso la sinergia operativa con il Dipartimento di Salute Mentale degli adulti, i Servizi per i disabili adulti ed il SERT.

3.2. Integrazione operativa con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali, con il Sistema Scolastico, il Sistema Giudiziario e le Organizzazioni del Terzo Settore.

Questa è condizione indispensabile per realizzare, promuovere e attuare la prevenzione primaria, oltre che l'individuazione e il trattamento precoce dei disturbi: prevenire la trasformazione del disagio sociale in disturbo psicopatologico deve essere, infatti, uno dei punti cruciali della politica dei servizi pubblici.

3.3. Lavoro in équipe distrettuali multidisciplinari composte dalle seguenti figure professionali esperte nel campo dell'età evolutiva:

- neuropsichiatra infantile
- psicologo con formazione clinica
- assistente sociale
- terapista della riabilitazione nelle sue diverse specificità (neuropsicomotricista dell'età evolutiva fisioterapista, logopedista, etc.)
- educatore professionale
- infermiere professionale

L'équipe distrettuale multidisciplinare deve garantire la unitarietà e continuità del progetto terapeutico nei vari momenti dell'intervento.

4. MODELLO ORGANIZZATIVO:

Alla luce di quanto sopra esposto il modello organizzativo deve tener conto dell'articolazione delle funzioni per la tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva negli ambiti:

- preventivo
 - diagnostico
 - curativo
 - riabilitativo
- Considerata la complessità dei compiti descritti, l'elevato livello di integrazione con altre strutture, l'articolazione dei servizi che prevede strutture e competenze distrettuali, sovra-distrettuali e interdistrettuali, il modello organizzativo deve permettere di coniugare unitarietà di programmazione ed omogeneità delle prestazioni con il decentramento distrettuale, che valorizza l'integrazione socio-sanitaria.



Handwritten signature or initials.

Handwritten signature or initials.

Handwritten signature or initials.

Ciò si realizza attraverso:

1) l'assunzione di provvedimenti prioritari e vincolanti che vadano, in ogni Azienda USL, a ridurre la gravissima carenza di operatori in ruolo nei servizi. Tali operatori, in base agli standard, debbono essere portati nel prossimo triennio al rapporto di 1 operatore ogni 600 soggetti in fascia di età 0-18 anni. Va sottolineata, come prioritaria, la carenza dei neuropsichiatri infantili, i quali per lo svolgimento delle funzioni di psichiatria, neurologia, neuropsicologia e riabilitazione devono essere portati, nel prossimo triennio, ad almeno 120 unità di ruolo.

2) la istituzione a livello aziendale di un'Area Funzionale Dipartimentale per la Salute Mentale e la Riabilitazione in Età Evolutiva, in quanto area che richiede unitarietà di obiettivi, di principi organizzativi e di coordinamento.

L'Area Funzionale Dipartimentale, nel triennio di attuazione del P. O. Regionale, dovrà indirizzare e gestire l'organizzazione, coordinando gli interventi e valutandone la qualità, con l'obiettivo di:

- a) organizzare i servizi nelle aziende che ne sono sprovviste in tutto o in parte;
- b) coordinare unitariamente i servizi laddove siano già organizzati nel rispetto della globalità del bambino e per garantire unitarietà degli interventi preventivi, diagnostici, curativi e riabilitativi in età evolutiva.

L'Area SMREE è collocata, di norma nel Dipartimento Materno Infantile, in coerenza con l'attuale assetto organizzativo dei servizi della Regione Lazio. E', peraltro, possibile effettuare sperimentazioni gestionali che ne prevedano sia l'inserimento come Area autonoma nel Dipartimento Salute Mentale, sia la costituzione di un Dipartimento Autonomo.

3) la istituzione a livello territoriale di Unità Operative Complesse per la Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (U.O.C SMREE), di norma distrettuali, articolate in:

- presidi territoriali
- strutture semiresidenziali
- strutture residenziali
- strutture ospedaliere, ove esistenti.

4.1. COMPITI DELL'AREA FUNZIONALE DIPARTIMENTALE

Realizzare quanto previsto dal presente P.O. Regionale ed in particolare:

- Individuare i problemi prioritari di salute, attraverso la valutazione dei rischi epidemiologici;
- Individuare gli obiettivi prioritari e le risorse necessarie umane, strutturali e finanziarie, per realizzarla;
- Fornire gli indirizzi operativi;
- Individuare linee guida e protocolli condivisi;
- Promuovere programmi di attività;
- Verificare e valutare i risultati, mediante l'individuazione di appositi criteri e indicatori;
- Progettare e verificare l'attuazione del sistema informativo in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità;



Handwritten signatures and initials are present at the bottom right of the page, including a large 'W' and other illegible marks.

- Individuare i bisogni formativi degli operatori;
- Promuovere l'utilizzo della metodologia dell'M.C.Q.

4.2. COMPITI DELL' U.O.C.

Programmazione, organizzazione ed attuazione di:

- 1) Interventi di educazione alla salute per la promozione di stili di vita sani ed il mantenimento della salute psicologica ;
- 2) Interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di natura psicopatologica, neurologica, neuropsicologica, cognitiva e affettivo-relazionale. In questo ambito, partendo dall'assunto che il disagio dei bambini può essere compreso e affrontato solo all'interno della rete di relazioni in cui gli stessi vivono, svolge le seguenti attività:
 - ° attività di prevenzione su tematiche specifiche o su gruppi ad alto rischio;
 - ° attività di accoglienza e di analisi della domanda;
 - ° valutazione diagnostica e prognostica;
 - ° definizione ed attuazione di programmi terapeutici, riabilitativi e socio-riabilitativi, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
 - ° attività relative alla integrazione scolastica degli alunni, in particolare di quelli disabili ai sensi della normativa vigente (Legge 104/92 e DPR 24/2/94);
 - ° interventi richiesti dalle Autorità Giudiziarie o derivanti da provvedimenti emanati dalle stesse in collegamento con i servizi sociali del territorio;
 - ° attività di rete del servizio sociale con i servizi della circoscrizione e del territorio in genere;
 - ° interventi necessari a garantire l'assistenza domiciliare ai minori nonché l'applicazione dell'assistenza domiciliare integrata all'area dell'età evolutiva;
 - ° attività di prescrizione, verifica e valutazione delle prestazioni riabilitative presso strutture private accreditate ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali;
 - ° interventi di orientamento professionale, di programmazione di attività risocializzanti, espressive, riabilitative (soggiorni, tempo libero, etc.) anche in collaborazione con le associazioni del privato sociale;
 - ° attività di collegamento con i pediatri di base e medici di medicina generale sia fini collaborativi che formativi;
 - ° integrazione operativa sia come attività di consulenza sia su progetti specifici con i servizi "di confine" (consultori, medicina preventiva, DSM, SERT, etc.);
 - ° attività di consulenza ai presidi ospedalieri e alle Aziende Ospedaliere;
 - ° attività di consulenza e sostegno multidisciplinare nelle strutture residenziali a carattere socio-assistenziale (case-famiglia, comunità alloggio, etc.);
 - ° collaborare con le famiglie e le Associazioni al fine della migliore informazione, integrazione e coinvolgimento.



Handwritten signature or initials.

Handwritten signature or initials.

Handwritten signature or initials.

4.3. DIREZIONE

La responsabilità della UOC è affidata ad un dirigente del ruolo sanitario, così come previsto dalla normativa vigente, appartenente al SMREE.

Tale responsabilità verrà affidata dal Direttore Generale ai dirigenti di cui sopra mediante incarico quinquennale, nella garanzia dell'applicazione del precedente paragrafo 4 punti 1

5. COMPONENTI ORGANIZZATIVE DELL'U.O.C.

LA **Unità Operativa Complessa** è la sede operativa territoriale della unità multidisciplinare, con un bacino di utenza, di norma, corrispondente ad un distretto, e assicura gli interventi indicati al punto 4.2., mediante:

- la presa in carico, estesa al contesto di riferimento del minore,
- l'adozione di un progetto terapeutico individualizzato e integrato,
- la responsabilità del percorso terapeutico e riabilitativo,
- l'integrazione del bambino nel suo contesto affettivo ed educativo.

La U.O. include, per la fascia di utenza indicata al punto 4.2.2., le prestazioni di riabilitazione per l'età evolutiva previste dalle linee guida per le attività di riabilitazione (G.U. 30/5/98), nell'ambito dei "Centri ambulatoriali di riabilitazione".

Orari di apertura: la U.O. territoriale deve garantire l'accesso ai trattamenti in orario anche pomeridiano, per 5 giorni a settimana, ed il sabato mattina, adeguando la dotazione di risorse umane e strutturali.

Può comprendere, inoltre, le strutture di seguito elencate che, seppur a valenza sovradistrettuale, ne fanno parte in ragione della collocazione territoriale stessa nel distretto di appartenenza della Unità Operativa Complessa.

5.1. **Centro Diurno Diagnostico Terapeutico per la prima infanzia** (DGR 4888 del 29/9/98), con bacino di utenza di riferimento, di norma, aziendale, finalizzato alla diagnosi ed al trattamento per cicli intensivi, di breve durata, dei disturbi di sviluppo. Le attività del Centro si configurano come un momento specifico nell'ambito del progetto globale individualizzato definito dalla équipe multidisciplinare della U.O.S. territoriale.

Tale Centro deve essere dotato di un proprio organico individuato per una formazione mirata e stabilizzato per un congruo periodo di tempo.



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

5.2. Centro Diurno per adolescenti con gravi disturbi psicopatologici (DGR 487 del 29/9/98), finalizzato a contenere al massimo il ricovero ospedaliero, prevenendone la necessità mediante trattamento terapeutico intensivo, e permettendo dimissioni protette, riducendo al minimo indispensabile i tempi di ricovero laddove questo sia necessario.

Effettua attività terapeutiche e riabilitative finalizzate a:

- acquisire abilità cognitive, comunicative e relazionali,
- acquisire le autonomie possibili adeguate al proprio contesto ambientale,
- prevenire e contenere la cronicizzazione dei disturbi ed il rischio di ricoveri impropri,
- garantire la continuità ed il raccordo con le strutture educative di appartenenza dell'adolescente;

Ogni ASL dovrà valutare l'opportunità di realizzare tale struttura.

Tale Centro deve essere dotato di un proprio organico individuato per una formazione mirata e stabilizzato per un congruo periodo di tempo.

5.3. Unità Ospedaliera di N.P.I. Nei presidi ospedalieri Aziendali forniti di servizi diagnostici (es. TAC, RMN, etc.) e terapeutici di media o alta specializzazione, di DEA di II livello e di Pronto Soccorso Pediatrico può essere istituita l'Unità Operativa Ospedaliera che ha la funzione di:

- effettuare in modo coordinato accertamenti diagnostici complessi non eseguibili nelle UU.OO.SS. territoriali;
 - abbreviare i tempi delle diagnosi;
 - effettuare interventi farmacologici e/o psicoterapeutici e riabilitativi per patologie circoscritte, non eseguibili a livello delle UU.OO.SS. territoriali;
- Svolge le proprie funzioni attraverso attività ambulatoriali, di Day-Hospital, di ricovero e di consulenza ai reparti ospedalieri.

6. Unità Operative Ospedaliere ad Alta Specializzazione inserite in Policlinici Universitari, IRCCS.

Ferma restando la centralità dell'intervento territoriale che è il luogo di elezione degli interventi in questo ambito, ci si avvale delle strutture di alta specializzazione come riferimento tecnico-scientifico.

Il ruolo strategico delle UU.OO.CC. ad alta specializzazione è imperniato sul collegamento funzionale con i servizi di I e II livello ed in particolare con i pediatri di libera scelta e le UU.OO.CC. SMREE; tale collegamento deve trovare una base di programmazione e verifica su specifici progetti e accordi di programma promossi dalla Regione Lazio e definiti dalle Aziende Sanitarie. L'Ente di appartenenza di tali UU.OO.CC. dovrà rispondere ai requisiti specifici previsti per il III livello di assistenza.



[Handwritten signatures and initials]

Le attività per la salute mentale e riabilitazione in età evolutiva delle UU.OO. CC. Ospedaliere ad alta specializzazione vanno organizzate secondo un modello dipartimentale che assicuri l'interazione funzionale e l'unitarietà degli interventi delle diverse UU.OO.

Le funzioni sono svolte attraverso:

- attività ambulatoriali
- attività di Day-Hospital
- attività di degenza ordinaria
- attività di pronto soccorso nell'ambito del DEA Pediatrico.

6.1. Attività ambulatoriale.

Nell'ambulatorio vengono svolte singole prestazioni che comprendono:

- valutazione e diagnostica clinica e strumentale;
- trattamenti terapeutici e riabilitativi;

6.2. Day-Hospital

Si intende per DH il ricovero effettuato in posti letto equivalenti per fini diagnostici e/o terapeutici e/o riabilitativi aventi le seguenti caratteristiche:

- si tratta di ricovero e di cicli di ricovero programmati, il cui accesso avviene o attraverso l'ambulatorio, o attraverso il ricovero ordinario, o attraverso le strutture territoriali;
- è limitato ad una sola parte della giornata potendosi le prestazioni svolgere nel corso del mattino o del pomeriggio in relazione alle caratteristiche della patologia ed alle disponibilità assistenziali della struttura;
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche che per l'esigenza di una visione unitaria e integrata dei problemi clinici non possono trovare soluzioni in separate prestazioni ambulatoriali dalle quali si discostano per il tempo necessario alla loro esecuzione;
- fornisce una pluralità di interventi che se realizzati in singole prestazioni ambulatoriali non permetterebbero di realizzare un modello integrato di intervento.

-Ha la funzione di:

- effettuare in modo coordinato accertamenti diagnostici vari e complessi;
- abbreviare i tempi della diagnosi e ridurre il fenomeno del "turismo sanitario";
- effettuare interventi farmacologici e/o psicoterapeutici e riabilitativi per patologie circoscritte;
- ridurre il ricorso al ricovero.



Handwritten signatures and initials in black ink, including a large 'W' and other illegible marks.

6.3. Ricovero.

E' fondamentale ridurre al minimo indispensabile l'utilizzazione della degenza ordinaria, ampliando al massimo l'attività di DH oltre a quella ambulatoriale. La degenza ordinaria va utilizzata per le diagnosi di patologie complesse, le acuzie, i trattamenti intensivi brevi delle patologie neurologiche e psichiatriche.

Nei ambito delle aree destinate alle UU. OO. di Alta Specializzazione devono essere individuati locali di degenza, di ristoro, di studio e di vita comunitaria oltre a quelli per colloqui, per psicoterapie, terapie di gruppo, per gioco, etc.

Deve, inoltre, essere prevista la possibilità di ricovero in regime di assistenza continua per alcune patologie psichiatriche acute dell'adolescente, con dotazione di personale infermieristico opportunamente qualificato.

Ha la funzione di:

- effettuare accertamenti diagnostici strumentali di alto-livello;
- effettuare interventi farmacologici e/o psicoterapeutico-riabilitativi intensivi e di breve durata.

7. SISTEMA INFORMATIVO

Il Sistema informativo della UOC, collocato presso la sede di coordinamento della UOC stessa, raccoglie, elabora, invia al Sistema Informativo Centrale Aziendale, ed archivia i dati di struttura, di processo e di esito (dopo averne definito i rispettivi indicatori), con l'obiettivo di:

- valutare e mirare obiettivi e strategie della UOC;
- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati;
- raccogliere e fornire dati sulle prestazioni effettuate, usando un sistema di rilevazione uniforme a livello regionale (definendo prestazioni tariffabili e non tariffabili e individuando le funzioni assistenziali);
- rilevare i carichi di lavoro in riferimento alle linee di attività e agli output relativi con particolare riferimento alle prestazioni effettuate per e presso altre istituzioni (scuola, tribunali, circoscrizioni, altro);
- rilevare quantità e qualità degli interventi riabilitativi richiesti dal servizio alle strutture accreditate, ed effettuati presso le stesse, in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale;
- diffondere i dati raccolti ed elaborati a tutte le istituzioni interessate.



8. CARTA DEI SERVIZI

Il responsabile della UOC provvede alla stesura, per la parte riguardante i servizi per la tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva, della Carta dei Servizi dell'ASL di appartenenza.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

La Carta dei Servizi comprende:

- ° descrizione delle prestazioni di competenza della UOC all'interno e all'esterno dell'azienda di appartenenza;
- ° descrizione delle strutture operative, ubicazione, orari e modalità di accesso;
- ° indicazione dei responsabili;
- ° indicazione dei tempi di attesa e dei costi (eventuali) per le diverse prestazioni;
- ° indicazioni sulle procedure di accesso per particolari prestazioni (certificazione per sostegno scolastico, invalidità, assistenza domiciliare, etc.);
- ° indicazioni sulle modalità di segnalazione dei reclami e sui tempi di risposta.

9. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Il responsabile dell'Area Funzionale Omogenea predispone un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale da inserire nel piano di formazione aziendale, prevedendone l'articolazione e la integrazione con i piani formativi di altri servizi della ASL (DMI, DSM, SERT, DISABILI ADULTI, etc.) per quanto riguarda le tematiche inerenti le patologie di confine.

Il piano di formazione e aggiornamento deve soddisfare il bisogno formativo specifico delle diverse figure professionali (che compongono l'equipe multidisciplinare) e, al tempo stesso, favorire l'integrazione progettuale ed operativa.

Il piano di formazione e aggiornamento si articolerà nelle seguenti aree:

- a) Area della formazione tecnico-scientifica: riguardante tutte le tematiche connesse con le competenze preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative della UOC, con particolare attenzione alle proposte di formazione integrate e aderenti ai principi dell'E.B.M. (Evidence Based Medicine);
- b) Area della formazione professionale e manageriale: riguardante la conoscenza dei processi di cambiamento all'interno delle Aziende Sanitarie e l'acquisizione di competenze relative alle funzioni del personale dirigente e non dirigente;
- c) Area della formazione funzionale al miglioramento continuo della qualità: principi e pratica.

Il piano formativo annuale dovrà essere collegato con le aree progettuali della UOC e formulate secondo obiettivi raggiungibili e misurabili.



Handwritten initials and signatures at the bottom right of the page, including 'hi' and 'lw'.

10. COLLEGAMENTI CON LE ALTRE ISTITUZIONI

Obiettivo prioritario nella promozione del benessere psico-fisico in età evolutiva nonché del miglioramento della qualità della vita, è il mantenimento dei bambini e degli adolescenti nel loro ambiente di vita.

La stretta integrazione operativa tra i servizi sanitari, quelli socio-assistenziali dei comuni, quelli educativi e quelli della tutela in ambito giudiziario è la condizione di base per il perseguimento di questo obiettivo.

Tale integrazione, che vede nel livello distrettuale la sede privilegiata della programmazione congiunta, è necessaria per garantire la prevenzione, i servizi di base e la tutela dei diritti dei minori in età evolutiva.

La metodologia più adeguata per favorire una risposta efficace appare quella indicata dalla Legge 285/97, basata su:

- a) individuazione dei bisogni
- b) programmazione congiunta su obiettivi condivisi
- c) uso integrato delle risorse
- d) verifica della efficacia.

Si sottolineano due principi generali di programmazione particolarmente rilevanti per la specificità dei bisogni in età evolutiva:

- 1) lo sviluppo di servizi di base flessibili ed aperti offre spazi efficaci di intervento anche per le categorie in difficoltà, riducendo l'esigenza di servizi e strutture speciali e favorendo, quindi, l'integrazione;
- 2) la connessione in rete delle risorse educative, ricreative, socio-assistenziali, e la utilizzazione polivalente della struttura, allarga le opportunità e migliora il rapporto costi-benefici consentendo l'ottimizzazione delle risorse.

La formazione congiunta degli operatori, i protocolli d'intesa e gli accordi di programma sono gli strumenti per perseguire concretamente la collaborazione ed integrazione dei servizi nel territorio.

10.1. Ruolo dell'Ente Locale.

L'Area della Salute Mentale e quella Materno-Infantile sono comprese tra quelle le cui prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle ASL ed inserite nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (DL 229/99 art. 3 septies, § 4,5).

In attesa che, con atto di indirizzo e coordinamento, il Ministro della Sanità e quello della Solidarietà Sociale individuino quali prestazioni siano da ricondurre tra quelle sanitarie a rilevanza sociale, e quali sociali a rilevanza sanitaria, ed i criteri di finanziamento delle stesse per quanto di competenza delle ASL e dei Comuni (DL 229/99 art. 3 septies, § 2,3), i servizi TSMREE integrano le proprie competenze con quelle dei Comuni della Regione nell'ambito dei seguenti ambiti di intervento da questi ultimi assicurati:



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

- a) la fruizione dei servizi socio-assistenziali, ricreativi ed educativi rivolti alla generalità della popolazione in età evolutiva (asili-nido, scuole materne, soggiorni di vacanza, centri ricreativi, attività sportive, etc.) con i supporti necessari in relazione a specifiche difficoltà;
- b) la collaborazione delle strutture educative ed assistenziali di competenza per la realizzazione di progetti di prevenzione mirati per fasce di età e/o per specifici problemi;
- c) le risorse necessarie, in termini di strutture e personale, per la integrazione degli interventi relativi all'area del disagio e rischio psico-sociale e degli interventi relativi ai minori segnalati dalle Autorità Giudiziarie. La integrazione degli interventi, in tale ambito, è necessaria per evitare risposte settoriali ed in condizioni di emergenza, e prevenire per quanto possibile il passaggio dal disagio alla psicopatologia. E' necessario in questo senso un impegno per la concreta realizzazione dei gruppi di lavoro integrati-GIL (come da art. 23 del DPR 616/77 e L.R 38/96, art. 2);
- d) gli interventi di supporto alla integrazione scolastica degli alunni in condizione di handicap, ed in particolare:
 - ° il trasporto scolastico
 - ° l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap psico-fisico e/o sensoriale
 - ° l'adeguamento della organizzazione e del funzionamento di asili-nido e scuole materne comunali alle esigenze dei bambini con handicap
 - ° gli interventi per la eliminazione delle barriere architettoniche nelle scuole
 - ° la fornitura di sussidi didattici per garantire il diritto allo studio
- e) l'assistenza domiciliare per i minori a rischio e per quelli in condizione di handicap;
- f) la organizzazione di servizi e la promozione di azioni e funzioni integrative e/o sostitutive della famiglia e l'inserimento temporaneo in strutture semi-residenziali o residenziali dei minori in età evolutiva. Assume particolare rilievo, ai fini della tutela della salute mentale, la individuazione da parte dei Comuni, di concerto con le ASL, di case-famiglia particolarmente qualificate e pertanto idonee ad accogliere nel gruppo degli ospiti almeno un minore con problematiche psico-affettive e/o borderline, su indicazione e richiesta del servizio di salute mentale e riabilitazione in età evolutiva. In tal caso l'équipe che propone l'affidamento temporaneo alla casa famiglia fornirà la necessaria consulenza specialistica secondo un piano di lavoro individualizzato e regolarmente verificato ed aggiornato. La spesa derivante dal maggior numero di personale qualificato necessario dovrà essere suddivisa tra ASL e Comune.
- g) l'istituzione di centri socio-riabilitativi ed educativi diurni così come previsto dall'art. 8 della Legge 104/92.

In questi ambiti i servizi ISMREE garantiscono, mediante équipe multiprofessionali, prestazioni complesse come la consulenza specialistica, le certificazioni, le relazioni necessarie per evidenziare i bisogni speciali degli utenti, la formulazione di proposte e progetti di intervento, la verifica congiunta della efficacia degli interventi attuati.



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

10.2. Ruolo delle Istituzioni Scolastiche

La stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto ambientale-relazionale, pone la scuola al centro dell'attenzione per gli aspetti preventivi e di tutela della salute mentale. Particolare rilevanza assume, pertanto, la collaborazione tra servizi TSMREE e Scuola per la programmazione congiunta di interventi sia nell'area della prevenzione, in particolare del disadattamento e del disagio, che nell'ambito degli interventi previsti dalla Legge 104/92 per la integrazione scolastica (artt. 12, 13, 15).

Gli strumenti dei protocolli d'intesa tra Provveditorato/Provincia/ASL, ed in particolare gli accordi di programma, definiti sulla base della valutazione congiunta dei bisogni di salute, della individuazione delle priorità e delle risorse disponibili, e della verifica, sono di garanzia per la valutazione della efficacia degli interventi.

Per quanto riguarda l'integrazione degli alunni in situazione di handicap, i servizi TSMREE oltre a fornire gli interventi complessi di diagnosi, cura e riabilitazione, provvedono -mediante le équipe multidisciplinari- ad individuare l'alunno che necessita degli interventi di sostegno didattico ed a gruppi di lavoro operativi (GLH) per favorire la piena integrazione degli alunni.

Forniscono, inoltre, consulenza alla Scuola in relazione a problematiche di propria competenza, con particolare attenzione alla prevenzione del disagio, disadattamento ed abbandono scolastico, sia in relazione a singole situazioni che mediante progetti specifici.

Si sottolinea che ogni intervento sui minori richiede il consenso dei genitori, e non può, quindi, essere inoltrato dalla Scuola ai Servizi se non attraverso il loro coinvolgimento.

10.3. Ruolo delle Autorità Giudiziarie

In un momento di complessa trasformazione della società e della famiglia, le domande e bisogni di natura sociale, culturale ed economica contribuiscono alla crescita di fattori di rischio specifici, che possono trovare espressioni diverse connotate sul versante della dissocialità, o delle tossicomanie, o della psicopatologia, in un intreccio in cui spesso è difficile definire il punto di partenza.

Considerato che, come sopra esposto, uno dei compiti fondamentali dei servizi TSMREE è quello della prevenzione del passaggio dal disagio alla psicopatologia, è necessaria la collaborazione con le Autorità Giudiziarie e con i servizi sociali dell'Ente Locale.



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

E', peraltro, indispensabile una chiara definizione delle diverse e specifiche competenze da integrare nel progetto individualizzato, con chiarezza delle funzioni specialistiche relative alla valutazione ed agli interventi preventivi e curativi propri del Servizio Sanitario Nazionale, rispetto a quelle di vigilanza e socio--assistenziali dell'Ente Locale.

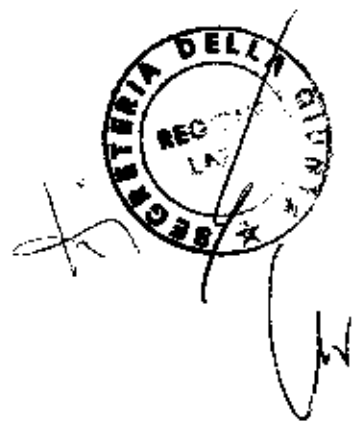
Altrettanto importante è la individuazione di linee-guida relative ai percorsi tra servizi sanitari e A.A.GG. e viceversa, in relazione a specifiche tematiche quali quelle dell'abuso e maltrattamento e degli interventi relativi a minori coinvolti in gravi conflittualità tra genitori separati, in relazione anche ai diversi compiti di tribunale civile, penale e tribunale dei minori.

10.4. Ruolo del Volontariato e del Privato Sociale

L'apporto delle organizzazioni non lucrative e del privato sociale rappresenta, come ben delineato nella Legge 285/97, una risorsa aggiuntiva, da valorizzare nella globalità dell'intervento.

Per una efficace collaborazione è fondamentale che il servizio pubblico sia titolare della progettualità, ed in grado di inserire la collaborazione del terzo settore in rete con le proprie risorse, evitando così deleghe improprie ed interventi sostitutivi di compiti di istituto.

Potranno, quindi, essere sottoscritti specifici accordi e/o convenzionamenti, secondo le attuali disposizioni legislative, per la promozione di progetti ad elevata integrazione socio-sanitaria, in particolare nell'area della prevenzione del disagio, del sostegno alle famiglie e della integrazione sociale dei soggetti in condizione di handicap.



K

NOTE alle Tabelle.

I dati relativi all'utenza ed agli operatori dei servizi territoriali di Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva sono stati raccolti dal Gruppo di Lavoro Regionale nell'attuale carenza di criteri omogenei. I dati presentati sono da considerarsi a titolo solamente indicativo.

E' comunque significativo il diverso andamento dei dati dell'utenza in rapporto alla popolazione ed al numero di operatori dei servizi (cfr. Tab 4).

Da una parte, il numero di utenti per popolazione minorile residente risulta maggiore nell'area metropolitana (Aziende Sanitarie Locali RM-A/RM-B/RM-C/RM-D/RM-E), con una prevalenza media di 4,5 utenti su 100 minori residenti, rispetto alle aree provinciali (Aziende Sanitarie Locali RM-F/RM-G/RM-H/VT/RI/LT/FR) dove la prevalenza media è di 3,3 utenti su 100 minori residenti; la stessa maggior affluenza di utenti ai servizi nell'area metropolitana emerge anche per quanto riguarda gli alunni certificati ai sensi della legge 104/92 per il sostegno scolastico ai portatori di handicap (1,35 % vs 1,23 %) e per l'incidenza di nuovi utenti nel corso del 1998 (1,3 % vs 1,0 %).

D'altra parte, in rapporto al numero di operatori dei servizi, il numero di utenti è maggiore nelle aree provinciali (58,2) che nell'area metropolitana (54,4), così come il numero di alunni con handicap (17,7 vs 16,7) ed il numero di nuovi casi (17,7 vs 16,7).

Il Gruppo di Lavoro Regionale ritiene che le differenze registrate tra area metropolitana ed aree provinciali debbano essere attribuite principalmente alla minor dotazione di personale dei servizi territoriali delle aree provinciali.

Infatti, se nell'area metropolitana il rapporto è di 1 operatore ogni 1280 minori residenti, nelle aree provinciali è di 69 1 operatore ogni 1765 minori e la media di operatori dei servizi di Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva è di 69 nelle ASL dell'area metropolitana, mentre scende a 41 nelle ASL delle aree provinciali.

La carenza di personale dei servizi territoriali, specialmente delle aree provinciali, determina una mancata assistenza dei disturbi neuro-psichici nell'età evolutiva, con conseguenze negative per la quota sommersa di utenza non presa in carico ed anti-economiche per la società tutta.



Tab. 1 REGIONE LAZIO

Servizi territoriali di Salute Mentale e Psichiatrica - Evoluzione Età Evolutiva
 Utente e popolazione di riferimento.

LAZIO	RM-A	RM-B	RM-C	RM-D	RM-E	RM-F	RM-G	RM-H	VT	RT	LT	FR
Popolazione 0-17 952597	68815	124311	83831	86010	81277	45916	83121	90295	50969	26818	107253	103981
Popolazione T. 5348977	518720	689426	568255	540598	532618	232259	402851	437141	289250	150305	497632	489922
0-17 % Pop.T. 17,81	13,27	18,03	14,75	15,91	15,26	19,77	20,63	20,66	17,62	17,84	21,55	21,22
Utenti '98: 34778	3580	4949	3485	3837	3020	1480	3293	3034	1439	530	3521	2610
prevalenza % 3,65	5,20	3,98	4,16	4,46	3,72	3,22	3,96	3,36	2,82	1,98	3,28	2,51
Alunni con H: 12288	1034	2008	1118	957	894	585	1340	1153	523	326	1269	1081
prevalenza % 1,29	1,50	1,62	1,33	1,11	1,10	1,27	1,61	1,28	1,03	1,22	1,18	1,04
Nuovi Utenti: 10909	1290	1530	1148	839	974	606	866	831	420	104	1493	808
Incidenza % 1,15	1,87	1,23	1,37	0,98	1,20	1,32	1,04	0,92	0,82	0,39	1,39	0,78

Popolazione 0-17 e Popolazione T. = residenti da 0 a 17 anni al 31.12.95 (per il Comune di Roma al 30.6.96)

Utenti '98 = minori utenti dei servizi territoriali nell'anno 1998

Alunni con H = minori con handicap certificati dai servizi nell'anno scolastico 1998-99

Nuovi Utenti = minori per la prima volta utenti dei servizi territoriali nell'anno 1998



Handwritten signature and initials at the bottom right of the page.

Tab. 2

REGIONE LAZIO

Operatori. Servizi territoriali di Salute Mentale e Riabilitazione e Età Evolutiva (Situazione a maggio 1999, fonte S.I.N.P.I.A.)

	LAZIO	RM-A	RM-B	RM-C	RM-D	RM-E	RM-F	RM-G	RM-H	VT	RT	LT	FR
NPI dip	36	5	4	6	2	2	0	3	1	3	0	5	5
Conv. (h/ sett)	43	4 (145 h)	5 (185 h)	5 (189 h)	4 (141 h)	4 (177 h)	3 (129 h)	3 (131 h)	5 (208 h)	2 (74 h)	2 (88 h)	4 (150 h)	2 (86 h)
tot. NPI	79	9	9	11	6	6	3	6	6	5	2	9	7
Psicologi	198	41	16	30	18	16	4	17	13	7	6	18	12
Terapisti	141	13	20	10	4	7	1	10	13	14	1	29	19
Logopedisti	74	9	6	8	7	8	9	4	6	3	1	7	6
Ass.Sociali	117	25	17	9	13	12	0	9	6	9	5	5	7
Educatori	26	5	3	6	1	2	0	0	3	3	0	2	1
TOT.	635	102	71	74	49	51	17	46	47	41	15	70	52

NPI dip = medici n.p.i. dipendenti

Conv. = medici specialisti n.p.i. convenzionati (equiparando il monte orario settimanale al numero corrispondente di dipendenti)

(h/ sett) = monte orario settimanale complessivo dei medici n.p.i. convenzionati
tot. NPI = totale dei medici n.p.i. (dipendenti + convenzionati)



Tab. 4 REGIONE LAZIO
 Servizi territoriali di Salute Mentale e Riabilitazione Et  Evolutiva



	Totale LAZIO	ASL metropolitane	ASL provinciali
Popolazione 0-17	952597	444244	508353
popolazione totale	5348977	2849617	2499360
pop. 0-17 % su pop. tot.	17,81	15,59	20,34
pop. 0-17 x operatore	1500	1280	1765
Utenti '98	34778	18871	16771
prevalenza %	3,65	4,25	3,30
utenti x operatore	54,7	54,4	58,2
Alunni con Handicap	12288	6011	6277
prevalenza %	1,29	1,35	1,23
alunni con H x operatore	19,3	17,3	21,7
Nuovi Utenti	10909	5781	5097
incidenza %	1,15	1,30	1,00
nuovi utenti x operatore	17,2	16,7	17,7
Medici N.P.I. (+ conv.)	79	41	38
Psicologi	198	121	77
Terapisti	141	54	87
Logopedisti	74	38	36
Assistenti sociali	117	76	41
Educatori	26	17	9
Totale Operatori	635	347	288
media operatori x ASL	53	69	41