

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

11 APR. 2000

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL

ADDI' 11 APR. 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	"
BONADONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Pasquale	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.
 OMISSIS

ASSENTI: BADALONI - DONATO - HERMANIN - META

DELIBERAZIONE N° 1168

OGGETTO: Approvazione del Programma regionale di attivita' per il rilancio dei
 Consulteri familiari a tutela della salute del neonato, del bambino e dell'adolescente.
 Fondo Statale ex L. 34/1996 Settore Materno Infantile - Finanziamento di parte corrente.
 Anno di programmazione 1999. Quota di L. 5.464.000.000= assegnati alla Regione
 Lazio.



LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alle Politiche alla Qualità della Vita;

VISTA la deliberazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, la Regione e le Province autonome che ha approvato, nella seduta del 2/12/1999 la proposta del Ministero della Sanità relativa ai criteri di ripartizione tra le Regioni e le Province autonome dei fondi di parte corrente per l'attivazione e la gestione dei Consultori familiari previsti dall'art. 3, comma 4, del Decreto legge 1 dicembre 1995, n° 509, convertito dalla legge 31 gennaio 1996, n° 34, relativi alla terza annualità per l'anno 1999;

CONSIDERATO che alla Regione Lazio con nota del Ministero della Sanità del 20/12/1999 n° 100/SCPS/6.14518, è stata comunicata l'assegnazione per il 1999 della somma di £. 5.464.000.000 e che l'assegnazione di tale finanziamento è subordinata alla presentazione di un programma regionale finalizzato al rilancio delle attività consultoriali con particolare riguardo alla salute del bambino e dell'adolescente;

VISTA la D.G.R. n° 4282 del 27/07/1999 che approva il "Programma triennale di attività dei Consultori familiari 1997-99. Aggiornamento al 1999" finalizzato al perseguimento di obiettivi di salute assegnati dalla Regione Lazio ai servizi consultoriali, in relazione ai fondi per un importo di £. 8.071.681.043 già assegnati nell'anno 1998 dal Ministero della Sanità alla Regione Lazio per il biennio 1997-98;

PRESO ATTO dei settori prioritari di intervento indicati dal Ministero della Sanità nella proposta sopracitata;

TENUTO CONTO della programmazione regionale nel Settore materno-infantile, in un ottica di integrazione socio-sanitaria, di cui al Primo piano socio-assistenziale regionale 1998-2001 approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale 1° dicembre 1999 n° 591 ed alla Proposta del piano sanitario regionale del triennio 2000-02 presentato dall'Assessorato alla Salvaguardia e Cura della Salute nel dicembre 1999;

RITENUTO importante valorizzare ulteriormente alcuni obiettivi di sicura efficacia preventiva in modo da potenziare il ruolo del tutto peculiare dei servizi consultoriali all'interno delle A.S.L. quali presidi preposti alla prevenzione primaria ed alla educazione sanitaria dando continuità alle iniziative avviate con il precedente programma triennale di cui alla D.G.R. n° 4282 del 27/7/99;

VISTO l'art. 17 comma 32 della legge 15 maggio 1997, n° 127;

all'unanimità;



D E L I B E R A

- ◆ di approvare l'allegato Programma regionale di attività per il rilancio dei Consultori familiari a tutela della salute del neonato, del bambino e dell'adolescente, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, comprensivo dei criteri di ripartizione delle quote da assegnare a ciascuna A.S.L. indicati nel Programma di cui alla D.G.R. n° 4282 del 27/07/99^{2^a n. S. S. del 16/11/1999}, nonché degli indicatori atti a monitorare l'attuazione del programma medesimo e il raggiungimento degli obiettivi prefissati, per la quota finanziata dal Ministero della Sanità di cui in premessa. ag.

Il presente provvedimento non è soggetto a controllo, ai sensi della Legge 127/97, art. 17, comma 32.

IL VICE PRESIDENTE: F.to Lionello COSENTINO

IL SEGRETARIO: F.to Dott. Saverio GUCCIONE



12 3 APR 2000



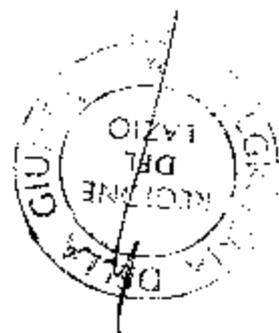
REGIONE LAZIO

ASSESSORATO ALLE POLITICHE PER LA
QUALITA' DELLA VITA

ALLEG. alla DELIB. N. 1168
DEL 11 APR. 2000

ew

**Programma regionale di attività
per il rilancio dei Consultori
familiari nelle aree prioritarie
individuare dal Ministero della
Sanità a tutela della salute del
neonato, del bambino e dell'ado-
lescente. Legge 34/96. Anno di
programmazione 1999.**



Roma, gennaio 2000

ew

ew

1. Premessa

La Giunta regionale del Lazio, con la Deliberazione n° 4282 del 27 luglio 1999, ha approvato il "Programma triennale di attività dei Consulenti familiari 1997-1999. Aggiornamento al 1999" elaborato dall'Assessorato alle Politiche per la Qualità della Vita d'intesa con l'Assessorato alla Salvaguardia e Cura della Salute della Regione Lazio.

La successiva approvazione di tale documento di programmazione da parte del Ministero della Sanità ha costituito condizione necessaria per poter accedere al riparto tra le regioni dei fondi ex art. 3, comma 4 del D.L. 1 dicembre del 1995, n° 509, recante "Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio sanitario nazionale", successivamente convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 31 gennaio 1996, n. 34.

La ripartizione dei fondi ha avuto luogo in base ai criteri proposti dallo stesso Ministero della Sanità ed approvati dalla Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in data 3 dicembre 1998.

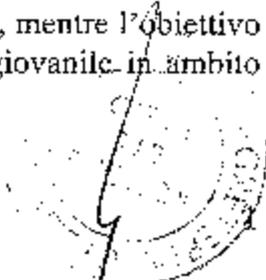
Gli obiettivi di salute assegnati ai Consulenti familiari e da perseguire con i finanziamenti relativi alle annualità 1997 e 1998, per un ammontare complessivo di L. 8.071.681.043, sono così sinteticamente specificati nel Programma:

- prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile (formazione, promozione attività consultoriali, sensibilizzazione), per il potenziamento dello screening promosso dall'Assessorato regionale alla Salvaguardia a cura della salute ed avviato da molte ASL del Lazio;
- educazione e sostegno alle funzioni genitoriali. Nell'ambito di tale obiettivo generale è stata data priorità agli interventi precoci rivolti al sostegno della genitorialità nelle situazioni a rischio, con particolare riferimento alla gravidanza ed all'assistenza domiciliare al puerperio;
- prevenzione del disagio adolescenziale e giovanile con il potenziamento e/o l'apertura degli Spazi giovani nei Consulenti.

In tali aree di intervento le ASL hanno elaborato progetti specifici in corso di predisposizione operativa.

I fondi disponibili per l'anno 1999 (3^a annualità), il cui riparto prevede per i Consulenti familiari della Regione Lazio un finanziamento di L. 5.464.000.000, consentiranno di sostenere e proseguire l'attività di programmazione regionale già avviata, potenziando le attività nelle aree di intervento indicate nel Programma suddetto, tenendo conto degli obiettivi prioritari segnalati dal Ministero della Sanità, con i quali l'ottica di intervento e di finalizzazione dei fondi medesimi si focalizza sul minore (neonato, bambino, adolescente).

Tali obiettivi sono stati approfonditi e discussi con lo stesso Ministero nell'incontro interregionale del 19.1.2000, ove si è fatto presente che, mentre l'obiettivo 2 relativo alla prevenzione ed individuazione precoce del disagio giovanile in ambito



scolastico, familiare e relazionale rientra pienamente nell'attività dei Consulenti e nel Programma regionale avviato, costituendone una continuazione ed un approfondimento in alcuni aspetti particolari, l'obiettivo 1, relativo alla presa in carico degli esiti delle lesioni accidentali gravi, con particolare riguardo agli esiti dei gravi traumi cranio encefalici e dei deficit anossici, almeno nei suoi aspetti di gravità e di cura, è di scarsa competenza consultoriale. Inoltre, nella Regione Lazio il D.M.I. comprende, oltre all'area dei servizi consultoriali e della medicina preventiva, quella della Tutela della salute mentale e della riabilitazione nell'età evolutiva quale servizio preposto alla prevenzione ed alla presa in carico dell'handicap (vedi Deliberazione Consiglio Regionale n. 1017 del 13.7.1994).

Alcuni correttivi e specificazioni sono stati quindi apportati all'obiettivo 1 per renderlo compatibile ed utile all'attività consultoriale, sia in relazione all'area neonatale nella quale sono stati considerati i danni definiti minimi da problemi legati a gravidanze a rischio, sia comprendendo nell'obiettivo 2 l'area relativa alle lesioni accidentali gravi, con particolare riguardo ai gravi traumi encefalici, per il ruolo che il Consultorio può svolgere nella prevenzione primaria degli incidenti stradali negli adolescenti e nella prevenzione delle recidive.

Come problematica quantitativamente marginale ma dall'alto costo umano ed assistenziale, si rammenta la condizione dei bambini nella prima infanzia con gravi malattie croniche disabilitanti per i quali sarebbe opportuno avviare c/o potenziare interventi integrati tra Consulenti familiari, servizi di Tutela salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva, pediatri di base, ospedali che consentano la deospedalizzazione grazie al sostegno globale del nucleo familiare. Si raccomanda, pertanto, la costituzione o il potenziamento di gruppi integrati che lavorino in tale area.

2. Obiettivi generali

Punti qualificanti ed obiettivi generali del presente programma 1999-2000, tenuto conto del PSN 98-2000, della Proposta di Piano Sanitario regionale e del Programma triennale di attività dei Consulenti Familiari 1997-99, sono:

- a) l'integrazione dei servizi consultoriali con le altre componenti del Dipartimento materno infantile ospedaliero e distrettuale, al fine di operare una sinergia di risorse strutturali, strumentali ed umane;
- b) la prevenzione e l'individuazione precoce nell'area perinatale e neonatale nonché in quella dell'età adolescenziale, quali aree "a rischio" in cui gli interventi preventivi sono particolarmente efficaci;
- c) il potenziamento del consultorio familiare quale servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, all'informazione ed all'educazione sanitaria, al sostegno alle funzioni genitoriali.



3. Obiettivo I – Interventi preventivi area neonatale.

3.1 Analisi della situazione regionale

Dalla “Proposta del Piano sanitario regionale del triennio 2000-02” del dicembre 1999 (V. paragrafo 3.1. La salute del neonato e della donna in gravidanza) :

“Se consideriamo come indicatori di salute la mortalità fetale e infantile, si rileva un significativo decremento di questi indici in tutte le regioni italiane: nel Lazio la mortalità infantile è diminuita dal 12,5 per 1000 nati nel 1973 al 3,2 nel 1995 (decremento del 74%); quella infantile è passata nello stesso periodo da un valore di 22,3 per 1000 nati vivi al 5,4 (decremento del 76%).

Sappiamo comunque che l'aumento della sopravvivenza, osservato principalmente nel gruppo dei neonati a più alto rischio di mortalità (bambini prematuri, con ritardo di crescita intrauterina, nati da parti plurimi e con malformazioni congenite che necessitano di trattamenti chirurgici), **ha prodotto un aumento assoluto della quota di neonati a rischio di esiti sfavorevoli, i quali potrebbero quindi rappresentare la “nuova” emergenza per i servizi di assistenza**

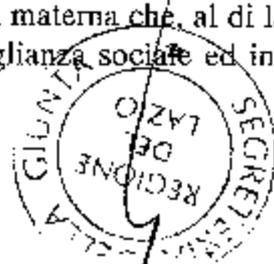
Rispetto alla modalità di assistenza neonatale, studi di tipo quantitativo, e le raccomandazioni di società scientifiche italiane e straniere, mettono in evidenza gli effetti negativi a breve e lungo termine di alcune routine assistenziali ancora molto diffuse (separazione della madre dal bambino, non promozione dell'allattamento al seno, accesso limitato dei genitori nei reparti di patologia e terapia intensiva neonatale).

Nel complesso, la rilevanza del problema si concentra intorno ad alcune questioni fondamentali. In primo luogo nonostante l'indubbio miglioramento degli indici di salute materno infantile, in particolare per quanto riguarda i neonati di basso peso, l'attuale sopravvivenza di questi neonati e l'attesa di un ulteriore miglioramento in questo senso, **tenderà ad aumentare il numero di neonati con problemi legati alla prematurità ed agli effetti del suo trattamento e rappresenterà un ulteriore impegno assistenziale per il SSR.**

Al di là dei miglioramenti registrati, ogni residuo di morbilità e mortalità perinatale in un contesto di costante riduzione del numero delle gravidanze e di crescente rarità di questi eventi, rende sempre meno socialmente accettabile un esito sfavorevole delle gravidanze e sollecita un costante impegno verso ulteriori miglioramenti.

Questo atteggiamento sociale si confronta con un profilo demografico delle partorienti che appare in costante evoluzione. Da un lato, soprattutto in alcune aree della Regione, persiste una quota piccola ma preoccupante di gravidanze in donne con meno di 18 anni; dall'altro l'età riproduttiva tende a prolungarsi sia per la modifica degli atteggiamenti culturali e del ruolo della donna nella società che per il marginale ma importante ricorso ad una fertilità assistita.

Insieme a molti segni di una evoluzione favorevole della salute materna e neonatale, persiste un preoccupante fenomeno di mortalità materna che, al di là dei suoi numeri assoluti, evidenzia il forte effetto di una disuguaglianza sociale ed interessa in



misura rilevante sacche di emarginazione, in particolare quelle legate alla immigrazione recente”.

Il Piano di Assistenza perinatale della Regione Lazio ha individuato fin dal 1997 le Unità operative ospedaliere di Perinatologia (ostetricia e neonatologia) a cui devono affluire le patologie gravidiche e neonatali di media ed elevata gravità (Patologia neonatale: II Livello e Terapia intensiva neonatale: III Livello assistenziale).

Le nascite nella regione sono circa 50.000/anno, con alcune migliaia di extracomunitari. Si deve tenere conto che il 5% dei neonati può definirsi “a rischio”: ad esempio, il 2,8% dei neonati è soggetto a Sindrome respiratoria che può creare problemi neurologici attraverso meccanismi ipossici e che di conseguenza 2500 nati devono essere assistiti con particolare attenzione da équipes integrate multidisciplinari, sia ospedaliere che territoriali, onde evitare disabilità mentali anche lievi, disabilità sensoriali (uditive ed oculari) o motorie.

Come sopra rilevato a fronte di una migliorata sopravvivenza neonatale, si osserva un aumento di morbilità anche lieve. Pertanto gli operatori consultoriali delle Aziende sanitarie sul cui territorio insistono le U.O. di Perinatologia di II e III livello devono attivarsi operando nelle proprie sedi durante i corsi di preparazione al parto e negli ospedali al momento del ricovero per il parto e successivamente a domicilio ove si ravveda la necessità di un monitoraggio e di assistenza e sostegno alle famiglie.

Attualmente, tranne che negli Istituti universitari e negli IRCCS come l'Ospedale B. Gesù di Roma, nessun ospedale pubblico risulta avere nei reparti di Ostetricia e Neonatologia un servizio di consulenza strutturato nell'area della neuropsichiatria infantile e della psicologia evolutiva ad essi esclusivamente o parzialmente dedicato. La necessità di formare figure professionali specializzate nel campo neonatale per supportare, nelle UU.OO. ospedaliere di secondo e terzo livello sia l'utenza che gli operatori, è incontrovertibile. Il personale consultoriale sarebbe particolarmente indicato per operare in tale area proseguendo, ove necessario, le attività svolte nei corsi di preparazione al parto ed interfacciandosi con i servizi territoriali allo scopo di realizzare una vera e propria continuità assistenziale.

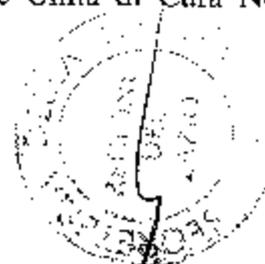
Il sistema assistenziale integrato sarebbe così finalizzato a realizzare quella che è stata definita “developmental care”, comprendente modalità di intervento che, rispondendo alle esigenze funzionali e contestuali relative al livello maturativo del neonato, sono volte a favorirne l'armonica esplicazione del potenziale di crescita e di sviluppo, intesa come assistenza “globale” al neonato, tanto più se pretermine.

Si tratta sostanzialmente di avere cura del benessere di un soggetto in fase di rapida maturazione funzionale, in un adeguato “ambiente allevante”, fisico, psichico e sociale. In tale direzione va, fra l'altro, il contrasto ad ospedalizzazioni prolungate. La dimissione precoce e protetta, così come richiesto per finalizzare tali sforzi non può prescindere dall'intervento di operatori specializzati operanti nei servizi consultoriali.

Tali interventi, ottenibili attraverso l'utilizzazione delle risorse in carico al Dipartimento materno infantile disponibili, contribuiscono a favorire lo sviluppo del pretermine e del neonato sottoposto a cure neonatali particolarmente “stressanti”, dolorose e prolungate, ma anche a prevenire esiti a distanza.

A tal proposito è da tenere anche presente la “proposta di linee guida” sull'Assistenza integrata al bambino ed alla famiglia nelle Unità di Cura Neonatali,

Handwritten signatures and initials:
A large cursive signature on the left.
A stylized signature in the middle.
The initials “aa” in the center.
A wavy line on the right.



presentata da un Gruppo di lavoro romano (H.B. Gesù) nel dicembre 1999 con il patrocinio dell'Assessorato alla Salvaguardia e Cura della Salute della Regione Lazio.

Come è noto, il coinvolgimento precoce e la collaborazione dei genitori, opportunamente supportati nel fornire stimolazioni adeguate al neonato a rischio, sono della massima importanza per sviluppare la relazione di attaccamento e per la prevenzione dei ritardi di sviluppo di tali bambini.

3.2 Obiettivi specifici intermedi

Individuare precocemente i danni definiti minimi da problemi legati a gravidanze a rischio o a patologie neonatali; migliorare l'efficacia degli interventi consultoriali per i neonati a rischio e per i genitori, a partire dai corsi di preparazione al parto, in un'ottica di integrazione e di continuità assistenziale.

3.3 Obiettivo specifico finale

Realizzazione del **developmental care**

3.4 Azioni da realizzare

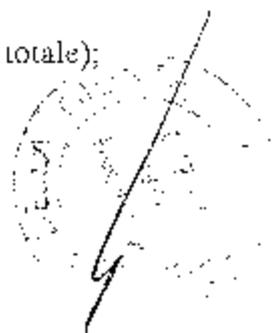
- Individuazione precoce dei danni definiti minimi da problemi legati a gravidanze a rischio (patologie materne organiche e metaboliche o di natura psichiatrica, parti distocici o operativi, fecondazione assistita in donne in età avanzata, parti multipli, donne extracomunitarie, ecc.) o a patologie neonatali (ipossia, anossia, asfissia, emorragie cerebrali, prematurità -E.G. inferiore a 32 settimane - malattie genetiche ecc.)
- Consulenza a scopo di monitoraggio di situazioni a rischio pre, intra e post partum.
- Partecipazione attiva del personale consultoriale nei centri nascita.
- Raccordo fra i corsi di preparazione al parto e ospedale.
- Sostegno precoce alle funzioni genitoriali.

3.5 Beneficiari

NEONATI A RISCHIO (0-30 giorni di vita):

- pretermine: con EG 33-36 settimane (circa 1500 casi su 2500, cioè 3/5 del totale);
con EG inf. a 32 settimane (500 casi, 1/5 del totale);
- con patologie congenite e acquisite minori (500 casi, 1/5 del totale)
e perciò destinati alle U.O.O. di II e III livello o provenienti da esse.

M. K. G.P. N



GENITORI dei neonati suddetti

3.6 Figure professionali e servizi coinvolti

Pediatri, medici di sanità pubblica, neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, ostetriche, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia, terapisti della riabilitazione, infermieri professionali, puericultrici.

Servizi:

- OSPEDALIERI FINALIZZATI ALLA CARE, moderna ed umana assistenza perinatale;
- TERRITORIALI FINALIZZATI alla "continuità assistenziale" in collaborazione con: servizi di follow up ospedalieri e territoriali, consultori familiari, servizi di Tutela salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva, pediatri di base, servizi di medicina preventiva dell'età evolutiva, servizi specializzati nello screening di eventuali deficit acustici, oculari oltre che clinici, Associazioni di Volontariato, Cooperative (tipo quelle della Legge 285/97).

3.7 Strategia di comunicazione e pubblicizzazione del programma

- Opuscoli nelle sedi dei Consultori familiari e negli altri servizi del D.M.I., nei reparti ospedalieri, ecc.
- Carta dei servizi sul percorso per i neonati a rischio da diffondere a tutti gli operatori interessati
- Tavolo permanente sull'argomento con i pediatri ospedalieri, di base e consultoriali per la gestione ed il coordinamento dei processi di passaggio dall'ospedale al territorio, e con tutti gli operatori dei Consultori e del punto nascita interessati.

3.8 Tempi

I progetti dovranno essere avviati entro l'anno 2000 e completati entro il 2001.

3.9 Strumenti di valutazione

Per monitorare l'attuazione del programma ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati, saranno utilizzati i seguenti strumenti di valutazione ed indicatori:



E.C.G. 



6

- incontri **preliminari di confronto** con le ASL sia per l'avvio, sia per il successivo monitoraggio in corso d'opera, per ciascuna delle aree nelle quali siano stati attivati progetti;
- verifica dell'effettivo avvio dei progetti;
- valutazione dei risultati.

Per quanto riguarda l'ultimo punto, la valutazione sarà effettuata attraverso indicatori di processo e/o di risultato, che saranno individuati (è indicata, tra parentesi, la fonte dei dati) fra i seguenti in base alla specificità dei progetti:

- numero casi individuati con deficit lievi (acustici, oculari, neuromotori, psichici, altro) (Ospedali, C.F.);
- numero di neonati a rischio (con deficit lieve, pretermine, a rischio psico-sociale, ecc.) residenti su numero coppie o madri di neonati a rischio che aderiscono al progetto (C.F.);
- percentuale di gravidanze prese in carico nei C.F. sul totale dei nati (C.F.);
- percentuale di gravidanze a rischio prese in carico sul totale delle gravidanze prese in carico nei C.F. (C.F.);
- percentuale di donne preparate al parto e alla nascita nei C.F. sul totale delle gravidanze (C.F. ed Uffici esenzione ticket ASL);
- percentuale di gravidanze di donne minori di 18 aa. prese in carico nei C.F. sul totale dei nati (C.F.);
- percentuale di donne prese in carico per il puerperio sul totale delle gravidanze seguite in C.F. (C.F.);
- percentuale di controlli domiciliari post-partum sul totale delle donne che hanno partorito nell'unità di tempo (C.F. e Ospedali);
- percentuale di neonati dimessi in allattamento al seno esclusivo (OER);
- proporzione neonati in allattamento al seno nel corso del 3° e del 5° mese di vita (sedi vaccinali);
- numero dei corsi di formazione frequentati dagli operatori consultoriali(C.F.);
- percentuale di pediatri che aderiscono al corso di aggiornamento regionale di cui al punto 5 del presente Programma.

E' opportuno dividere i dati riferiti all'utenza per sesso e per nazionalità (italiana o straniera).

[Handwritten signatures and initials]



4. Obiettivo II - Prevenzione del disagio adolescenziale e giovanile

Come detto in premessa, il presente obiettivo costituisce una continuazione dei progetti e delle attività già avviate con il "Programma triennale di attività dei Consultori familiari 1997-1999. Aggiornamento al 1999", con una estensione degli interventi alla prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare ed alla prevenzione degli incidenti stradali negli adolescenti.

4.1 Analisi della situazione regionale

Per quanto riguarda l'età adolescenziale, anni 11-17, la popolazione nella Regione Lazio di tale fascia d'età è di 382.737 unità nel 1996. Nello stesso anno, negli "spazi giovani" dei consultori familiari delle 12 Aziende sanitarie locali sono stati visti oltre 14.000 adolescenti. A ciò dobbiamo aggiungere i giovani incontrati nelle scuole o in altri luoghi di aggregazione nell'ambito delle attività consultoriali. Nonostante tale impegno, spesso a fronte di personale scarso e sovraccaricato di lavoro, tale attività va incrementata al fine di raggiungere un maggior numero di giovani.

La promozione della salute e l'assistenza in età puberale ed adolescenziale deve essere potenziata al fine di garantire uno stato di benessere nella vita adulta futura. E' dimostrato che gli interventi in queste fasce di età hanno una sicura efficacia preventiva.

Oltre ai Consultori familiari, numerosi sono i servizi sia delle ASL che degli EE.LL. che si occupano della salute dell'adolescente, con interventi spesso frammentati e non coordinati. Tali interventi avvengono in carenza di linee progettuali complessive in grado di supportarli e di garantire loro continuità nel tempo, efficacia, monitoraggio e verifica dei risultati.

I consultori familiari, quali servizi di primo livello preposti alla prevenzione, nel farsi carico di giovani dagli 11 ai 18 anni (pre-medio-tardo adolescenti) possono:

- ◆ esser punto di riferimento attorno a cui organizzare la rete delle risorse nell'ambito del distretto;
- ◆ coordinare l'attuazione di progetti e programmi di intervento, la loro efficacia, monitoraggio e verifica dei risultati;
- ◆ offrire attivamente programmi di prevenzione in ambito collettivo, in modo particolare nella scuola, quale osservatorio privilegiato di difficoltà e disagi;
- ◆ potenziare gli "spazi giovani" nel consultorio stesso, nonché le funzioni di accoglienza e presa in carico per chi accede spontaneamente al servizio e per i casi a rischio psico-sociale, riservando a tal fine spazi ed orari nonché una *équipe* specifica per i ragazzi, soprattutto quando venga svolto parallelamente un lavoro con genitori ed insegnanti.



Una particolare attenzione va rivolta:

- ai giovani adulti (18-24 anni), data l'elevazione del termine dell'adolescenza ai 24 anni da parte dell'OMS in considerazione dall'alto numero di suicidi che si verificano a ridosso di tale età;
- alla prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare. Si richiamano a tale proposito le Linee guida dell'Assessorato alla Salvaguardia e cura della salute di cui alla Circolare n. 46 del 26/11/96, prot. n. 3133/60;
- alla prevenzione delle lesioni accidentali gravi e delle eventuali recidive.

La Regione Lazio si impegna a sostenere le ASL ed i consulenti familiari nel perseguimento delle finalità sopra riportate, potenziando il Progetto regionale per l'Arca dell'Adolescenza previsto nel Programma triennale di attività dei Consulenti familiari 1997-1999 al fine di:

- verificare e monitorare gli interventi a favore degli adolescenti effettuati nell'ambito dei Consulenti familiari della Regione Lazio;
- approfondire ed elaborare delle linee di intervento preventive nell'ambito fondamentalmente scolastico, definendo gli obiettivi degli interventi, le metodologie e gli strumenti più appropriati;
- approfondire teoricamente ed elaborare operativamente gli interventi degli Spazi Giovani;
- raccordare le iniziative nell'area dell'adolescenza.

La Regione si avvarrà, a tal fine, della collaborazione tecnica e scientifica dell'Università degli Studi di Roma, prevedendo anche il coinvolgimento degli operatori dei servizi che lavorano in tale area.

4.2 Obiettivi specifici intermedi

Offrire maggiori spazi per l'assistenza relativa alle problematiche adolescenziali potenziando le attività consultoriali con particolare riguardo al disagio giovanile, ai disturbi del comportamento alimentare, agli incidenti stradali; coordinare e verificare la qualità ed i modelli di intervento nell'area dell'adolescenza.

4.3 Obiettivi finali

Prevenzione, individuazione precoce e presa in carico del disagio giovanile in ambito scolastico, familiare e relazionale, quale proseguimento e potenziamento dei Progetti ASI già presentati in base al programma di attività approvato con Deliberazione n° 4282 del 27 luglio 1999, con particolare attenzione ai soggetti con disturbi del comportamento alimentare ed alla prevenzione delle lesioni accidentali gravi e delle loro recidive.



4.4 Azioni da realizzare

- Apertura e/o potenziamento degli Spazi giovani
- Spazi di ascolto, di presa in carico ed attivazione di gruppi guidati e/o in auto-aiuto per ragazzi e per nuclei familiari;
- Interventi integrati nelle scuole;
- Interventi preventivi nell'area del disturbo del comportamento alimentare
- Collaborazione fra Consultori familiari, servizi di TSMREE e reparti traumatologici e specialistici pediatrici degli Ospedali
- Campagne di prevenzione sugli incidenti stradali.

4.5 Beneficiari

GIOVANI dai 10 ai 17 anni

4.6 Figure professionali e servizi coinvolti

Personale dei D.M.I., dei SERT, dei DSM, in accordo con iniziative locali (tipo L.285/97)

4.7 Strategia di comunicazione e pubblicizzazione del programma

- Materiale divulgativo nei luoghi frequentati dai giovani
- Interventi nelle assemblee, collettivi scolastici e nei CIC
- Trasmissioni radio e TV locali

4.8 Tempi

I progetti dovranno essere avviati entro l'anno 2000 e completati entro il 2001.

4.9 Strumenti di valutazione

Per monitorare l'attuazione del programma ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati, saranno utilizzati i seguenti strumenti di valutazione ed indicatori:

- ◇ incontri preliminari di confronto con le ASL sia per l'avvio, sia per il successivo monitoraggio in corso d'opera, per ciascuna delle aree nelle quali siano attivati progetti;
- ◇ verifica dell'effettivo avvio dei progetti;
- ◇ valutazione dei risultati.



Per quanto riguarda l'ultimo punto, la valutazione sarà effettuata attraverso indicatori di processo e/o di risultato, che saranno individuati (è indicata, tra parentesi, l'area di riferimento):

- percentuale di pediatri, scuole, comunità, servizi sanitari che collaborano ai fini del riconoscimento precoce delle situazioni di rischio di maltrattamento ed abuso all'infanzia (C.F.);
- proporzione delle IVG in minorenni sul totale delle IVG (OER);
- percentuale di C.F. che hanno attivato spazi per adolescenti (C.F.);
- percentuale di abbandono scolastico (Provveditorati agli studi);
- numero di adolescenti assistiti a livello ospedaliero in regime di ricovero e durata media dei ricoveri (Ospedali, C.F.);
- percentuale minori 0-18 aa. segnalati all'Autorità giudiziaria (Tribunale minori e giustizia minorile);
- percentuale minori età 0-18 aa. in affidamento su minori in istituto (uffici affidi e servizi sociali comunali);
- numero dei corsi di formazione frequentati dagli operatori consultoriali (C.F.);
- percentuale di pediatri che aderiscono al corso di aggiornamento regionale di cui al punto 5 del presente Programma (R.L.).

E' opportuno dividere i dati riferiti all'utenza per sesso e per nazionalità (italiana o straniera)



5. Iniziativa regionale nell'area pediatrica

Per il raggiungimento degli obiettivi relativi ai due settori di intervento si ipotizza il pieno coinvolgimento della figura professionale del pediatra, in un'ottica di integrazione dei servizi consultoriali con le altre componenti del DMI territoriale ed ospedaliero e del distretto.

A tal fine la Regione promuoverà un corso a diretto coordinamento regionale, la cui gestione sarà affidata ad una ASL che presenti le professionalità e l'esperienza idonee per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Gli obiettivi specifici del corso saranno stabiliti e verificati da un Comitato tecnico-scientifico, composto da esperti in materia, che sarà istituito presso l'Assessorato alle Politiche per la qualità della vita, sentito l'Assessorato alla Salvaguardia e cura della salute.

6. Destinazione delle risorse finanziarie e ripartizione del finanziamento tra le ASL

Per l'attuazione del presente Programma si chiede la quota assegnata alla Regione Lazio di L. 5.464.000.000, che sarà così utilizzata:

L. 5.000.000.000 da destinare quale contributo per l'attuazione dei progetti che saranno presentati dalle ASL nell'area neonatale per la realizzazione del Developmental care e nell'area dell'adolescenza per la prevenzione del disagio adolescenziale e giovanile;

L. 464.000.000 per la promozione e lo svolgimento del corso a diretto coordinamento regionale rivolto ai pediatri della Regione Lazio (ospedalieri, consultoriali e di base) ed agli operatori consultoriali.

La distribuzione fra le ASL del finanziamento avverrà con i medesimi criteri indicati nel Programma triennale di attività dei Consulenti familiari 1997-99 ed approvati dalla Giunta Regionale.

I progetti, che potranno riguardare uno od entrambi gli obiettivi indicati nel presente programma, dovranno essere calibrati sulle cifre assegnate: qualora decidessero diversamente, le ASL dovranno provvedere, parzialmente o totalmente, alla copertura dei costi con mezzi propri.

