

## I NUOVI LEA

### Riflessioni sull'assistenza sociosanitaria a minori con psicopatologia

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 marzo 2017 definisce i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza - LEA. I LEA sono le attività, i servizi e le prestazioni sanitarie che il sistema sanitario nazionale assicura a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). I LEA sono livelli di assistenza sanitaria che non possono essere negati alla popolazione, a prescindere dal reddito e dalla posizione geografica, in quanto considerati essenziali per il livello sociale e culturale della società italiana.

Sin dall'istituzione del Sistema Sanitario nazionale del 883/1978 è stato prioritario garantire la tutela della salute a gestione pubblica diretta coinvolgendo man mano le regioni e dando una struttura aziendalistica con un nuovo sistema organizzativo. Nella seconda riforma del Sistema sanitario nazionale (229/99) è stato disposto che le prestazioni offerte dovevano essere basate su prove scientifiche di efficacia e sono state definite le necessità assistenziali, il criterio di appropriatezza e di economicità per indicare quali servizi potessero essere o meno inclusi nei LEA. Tutti gli interventi inclusi nei LEA devono poter essere in grado di generare effetti sulla salute a breve e/o a lungo termine con costi vantaggiosi riducendo al minimo l'impatto economico. A tal proposito diviene necessario programmare e verificare periodicamente l'efficacia degli interventi messi in atto nei differenti ambiti sanitari per valutare quelli efficienti, sostenibili e generalizzabili in contesti ampi della popolazione.

Il DPCM (12.01.2017) prevede tre grandi ambiti di assistenza:

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica: comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli, mirate ad evitare l'insorgere di malattie e in generale a migliorare le condizioni di salute della popolazione.
  - a. Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie;

- b. Tutela della salute e della sicurezza, degli ambienti aperti e confinati;
- c. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d. Salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e. Sicurezza alimentare;
- f. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche e prevenzione nutrizionale;
- g. Attività medico-legali per finalità pubbliche.

2. Assistenza distrettuale: comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio, che erogano le prestazioni all'esterno dell'ospedale mediante interventi domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali.

Include:

- a. Assistenza sanitaria di base;
- b. Emergenza sanitaria territoriale;
- c. Assistenza farmaceutica;
- d. Assistenza integrativa;
- e. Assistenza specialistica ambulatoriale;
- f. Assistenza protesica;
- g. Assistenza termale;
- h. Assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale;
- i. Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.

3. Assistenza ospedaliera: comprende tutte le attività erogate dagli ospedali, dal ricovero al day hospital, all'ospedalizzazione domiciliare. Include:

- a. Pronto soccorso;
- b. Ricovero ordinario per acuti;
- c. Day surgery;
- d. Day hospital;
- e. Riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- f. Attività trasfusionali;
- g. Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- h. Centri antiveleni (CAV).

Le comunità educative riabilitative della Fondazione La Grande Casa, Zefiro e Grande Carro, rispettivamente CER residenziale e semiresidenziale, collocate nell'Alta Padovana, si inseriscono nel secondo livello di assistenza, quello distrettuale che norma l'assistenza

sociosanitario ai minori con problematiche psicopatologiche.

Riportiamo per esteso l'articolo 32 del DCPM 2017 che le riguarda.

#### Art. 32

*Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo*

1. *Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi di cui al comma 2. I trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali sono erogabili quando dalla valutazione multidimensionale emerge che i trattamenti territoriali o semiresidenziali sarebbero inefficaci, anche in relazione al contesto familiare del minore.*

2. *I trattamenti terapeutico-riabilitativi includono le prestazioni garantite mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:*

- a) **accoglienza;**
- b) **attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale**, in collaborazione con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza di riferimento e con la famiglia;
- c) *visite neuropsichiatriche;*
- d) *prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e fornitura dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;*
- e) **colloqui psicologico-clinici;**
- f) **psicoterapia (individuale, familiare, di gruppo);**
- g) **interventi psicoeducativi (individuali e di gruppo);**
- h) **abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle Linee guida;**

- i) **interventi sulla rete sociale, formale e informale;**
  - j) **attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore;**
  - k) **collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado**, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
  - l) **collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale;**
  - m) *adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile;*
  - n) *collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità;*
  - o) *progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.*
3. *In relazione al livello di intensità riabilitativa e assistenziale l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:*
- a) *trattamenti ad alta intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con grave compromissione del funzionamento personale e sociale, parziale instabilità clinica, anche nella fase della post-acuzie, e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 3 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;*
  - b) *trattamenti residenziali a media intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi rilevanti di instabilità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 6 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;*
  - c) *trattamenti residenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con moderata compromissione di funzioni e abilità, con quadri clinici relativamente stabili, privi di elementi di particolare*

*complessità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, salvo proroga motivata dal servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento.*

*4. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi, multiprofessionali, complessi e coordinati, rivolti a minori per i quali non vi è l'indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita.*

*5. I trattamenti residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui ai commi 3 e 4 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.*

I trattamenti terapeutico-riabilitativi rivolti ai minori con problematiche psicopatologiche nelle diverse forme disponibili (ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) sono considerati livelli essenziali di assistenza. Questa consapevolezza non sempre si traduce in azioni concrete di cura e di intervento nei confronti dei minori. In un preoccupato appello la SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) segnala notevoli carenze nella gestione e nella presa in carico dei soggetti minori di età, in quanto l'insufficiente stanziamento di risorse da parte delle Regioni non permette a molti servizi di intercettare i reali bisogni e garantire le risposte previste dai LEA appena ridefiniti. È risaputo che interventi tempestivi e appropriati possono cambiare l'andamento del disagio psichico in età evolutiva, prevenire le sequele, evitare la cronicizzazione e diminuire in modo rilevante i costi emotivi, sociali ed economici.

Oggi invece solo un utente su tre riceve un intervento terapeutico-riabilitativo a fronte di un aumento degli utenti seguiti dalla Neuropsichiatria e dal numero di accessi di adolescenti con acuzie psichiatriche in pronto soccorso.

Sono aumentati i comportamenti dirompenti, spesso resi esplosivi dal contemporaneo incremento dell'abuso occasionale di sostanze e sono comparse nuove modalità con le quali si manifesta il disagio psichico: dipendenza da internet, isolamento in casa, aggregazioni in

bande e molte altre forme, a ciò si aggiunge un aumento di situazioni con storie di vita altamente traumatiche.

Allo stesso tempo è diminuita la tenuta delle famiglie che si presentano con maggiori fragilità e in un contesto di isolamento relazionale, economico e sociale importante.

Il territorio, insieme alle agenzie educative e le strutture ospedaliere, è la sede principale per la riabilitazione e la presa in carico a lungo termine per evitare istituzionalizzazioni e ricoveri. In modo particolare dalla nostra esperienza professionale le strutture semiresidenziali svolgono una funzione di intervento oltre che di prevenzione, non allontanando il minore dal suo territorio e dalla sua famiglia.

Il minore usufruisce di una attenzione clinica ed educativa di cui può beneficiare la famiglia stessa, che viene sgravata dagli impegni del quotidiano nella gestione dei figli con disagio psichico.

Laddove l'allontanamento dalla famiglia diviene parte fondamentale dell'intervento di cura, le strutture residenziali possono svolgere un ruolo educativo e terapeutico oltre che di prevenzione secondaria per il reinserimento del giovane all'interno di una nuova rete sociale.

Da un'analisi condotta dal Center for Mental Health emerge che interventi precoci in età evolutiva in diverse situazioni di disagio psicologico e sociale permettono un significativo beneficio economico (Khan, L. et al., 2015). Gli interventi psicologici e psicoterapeutici a fronte di investimenti economici anche relativamente limitati producono un effetto significativo non solo a livello individuale, ma anche familiare, di gruppo, di organizzazione e di comunità.

Ciò è ancora più vero se ci occupiamo di infanzia e di adolescenza, fase della vita in cui il cambiamento è un percorso necessario e fisiologico e il lavoro di accompagnamento alla crescita può essere considerato un fattore protettivo ineludibile.

L'assistenza sociosanitaria richiamata nell'articolo 32 dei nuovi LEA ha il pregio di rivolgersi ad una popolazione di minori con disagio psichico (nell'articolo definiti con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo) da sempre non sufficientemente presenti nella mente del legislatore e spesso destinati a perdersi nelle maglie di Servizi non integrati che lamentano la mancanza di prassi e di protocolli condivisi.

I nuovi LEA mettono in evidenza la necessità di una adeguata integrazione tra le attività sanitarie e quelle sociali; diviene indispensabile quindi creare una forte condivisione delle risorse disponibili, integrando e valorizzando tutte le competenze necessarie clinico-sanitarie, sociali e di ricerca.

**Carolina Bonafede**

Coordinatrice e Responsabile clinico  
CER Grande Carro/Zefiro

**Giulia Sernagiotto**

Psicologa

Bibliografia:

- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi. RUOLO della PSICOLOGIA nei Livelli Essenziali di Assistenza , giugno 2017.
- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. La SINPIA denuncia lo stato di sempre maggiore criticità delle risposte per gli utenti con disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e per le loro famiglie.

Per la consultazione del testo integrale del decreto:

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

