



**COORDINAMENTO TOSCANO  
DELLE ASSOCIAZIONI  
PER LA SALUTE MENTALE**

# **NUOVA DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SANITARIA**

**PARTE RIGUARDANTE  
LA SALUTE MENTALE**





**COORDINAMENTO TOSCANO  
DELLE ASSOCIAZIONI  
PER LA SALUTE MENTALE**

Il Coordinamento Toscano si è costituito il 29 aprile 1993 e attualmente ha l'adesione di molte associazioni di familiari e di utenti presenti in tutte le province della Toscana.

È iscritto all'albo Regionale delle associazioni di volontariato con D.P. n. 3 del 2 Gennaio 2007 prot. n. 727/N13/D/2.

Lo scopo principale è quello di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie, facendosene portavoce con la Regione Toscana, con la quale da sempre ha costanti contatti.

È impegnato nella lotta allo stigma e nell'integrazione sociale, lavorativa e abitativa, inoltre organizza convegni e iniziative per informare e orientare positivamente l'opinione pubblica su queste tematiche. È attraverso la conoscenza, e lo sperimentiamo ogni giorno, che si abbatte il pregiudizio.

Organizza insieme alla Regione Toscana dal 2005, puntuale ogni anno, il Convegno *“Quanto la persona è a centro della Sua cura? Programmazione e verifica sul funzionamento dei servizi integrati per la Salute Mentale”*, che vuole essere un ulteriore richiamo alle istituzioni sull'applicazione delle leggi della Regione Toscana per la Salute Mentale, disposizioni pienamente condivise dai familiari e dagli utenti che vorremmo vedere applicate e uniformate su tutto il territorio toscano.

**Per rendere più consapevoli le associazioni di familiari e utenti, rispetto a quanto loro spetta**, informiamo che sono stati approvati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 65 del 18 marzo 2017, supplemento ordinario n. 15. È stato pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri approvato il 12 gennaio 2017 recante: *“Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria”*.

In questo testo riportiamo la **parte riguardante la Salute Mentale, che riassume quello che abbiamo da sempre sostenuto e che definisce con chiarezza a chi spettano le competenze, partendo dal progetto personalizzato della persona.**

La Presidente  
Gemma Del Carlo



# Nuovi Livelli essenziali di assistenza

## Parte riguardante la Salute Mentale

A cura di **Galileo Guidi** e **Ettore Focardi**

OTTOBRE 2017

Sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 65 del 18 marzo 2017 supplemento ordinario n. 15 è stato pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri approvato il 12 gennaio 2017 recante: “Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria”.

Il provvedimento è del tutto **sostitutivo del dPCM 29 novembre 2001** e di numerose altre disposizioni attualmente in vigore che definivano i livelli essenziali validi fino ad oggi. Questo decreto ha carattere costitutivo, proponendosi come la fonte primaria per la definizione delle “attività, dei servizi e delle prestazioni” garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale.

Le Regioni nell’ambito dei poteri riconosciuti dalla Costituzione hanno il compito di organizzare come meglio credono i servizi ma devono comunque garantire a tutti i cittadini l’erogazione di attività e prestazioni che rispettino i livelli essenziali di assistenza definiti da questo decreto.

Su questa materia sono diverse le sentenze della Corte Costituzionale che definiscono in modo chiaro quali siano i compiti delle Regioni, in particolare è utile ricordare le pronunce n. 169,190 e 192 del 2017 che come nell’ambito dei finanziamenti assegnati dal governo nazionale le Regioni siano obbligate a garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale. Merita ricordare alcune affermazioni in merito alla responsabilità del medico, sentenza infatti la Suprema Corte che «in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)», (sentenza n. 151 del 2009, in senso conforme anche

alla sentenza n. 162 del 2014). Questa relazione tra medico e paziente, che viene normalmente descritta in termini di “alleanza terapeutica”, avrebbe necessariamente una connotazione irripetibile e focalizzata imprescindibilmente sulla tutela della salute: «la nozione di patologia, anche psichica, la sua incidenza sul diritto alla salute e l’esistenza di pratiche terapeutiche idonee a tutelarlo vanno accertate alla luce delle valutazioni riservate alla scienza medica, ferma la necessità di verificare che la relativa scelta non si ponga in contrasto con interessi di pari rango» (sentenza n. 162 del 2014). Inoltre, le scelte relative a tutti i trattamenti medici, salvo il necessario consenso informato, devono essere lasciate «alla discrezionalità del medico, che è il depositario del sapere tecnico del caso concreto» (sentenza n. 151 del 2009,).

È invece assolutamente incompatibile un sindacato politico o meramente finanziario sulle prescrizioni e sui piano terapeutici, poiché la discrezionalità legislativa trova il suo limite nelle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione e sulle quali si fonda l’arte medica: sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)» (sentenza n. 151 del 2009).

La Corte ha affermato che la programmazione e la proporzionalità tra risorse assegnate e funzioni esercitate sono intrinseche componenti del «principio del buon andamento [il quale] - ancor più alla luce della modifica intervenuta con l’introduzione del nuovo primo comma dell’art. 97 Cost. ad opera della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 (Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale) - è strettamente correlato alla coerenza della legge finanziaria», per cui «organizzare e qualificare la gestione dei servizi a rilevanza sociale da rendere alle popolazioni interessate [...] in modo funzionale e proporzionato alla realizzazione degli obiettivi previsti dalla legislazione vigente diventa fondamentale canone e presupposto del buon andamento dell’amministrazione, cui lo stesso legislatore si deve attenere puntualmente» (sentenza n. 10 del 2016).

Particolarmente interessante è la recente **sentenza del Consiglio di Stato sull’uso di alcuni farmaci**: Cons. St., sez. III, 29 settembre 2017, n. 4546.

**Secondo la Corte infatti è illegittima la raccomandazione delle Regione Veneto con la quale si sconsigliava ai medici operanti nelle strutture ospedaliere pubbliche, per motivi di eccessiva spesa, di utilizzare alcuni farmaci regolarmente autorizzati dalla AIFA.**

Il Consiglio di Stato ha ribadito il principio secondo il quale le Regioni non possono limitare i livelli essenziali di assistenza, nemmeno “raccomandando” ai medici l’utilizzo di alcuni farmaci rispetto ad altri, valutati come meno convenienti nel rapporto costi/benefici. Tali livelli essenziali, infatti, devono restare uniformi sul territorio nazionale per la essenziale garanzia del diritto alla salute (art. 32 Cost.).

Ciò non solo al fine di evitare ingiustificate disparità di trattamento terapeutico tra i pazienti residenti nelle diverse Regioni, ma anche per non influenzare, con differenti scelte di politica farmaceutica ispirate al mero contenimento della spesa sanitaria in ogni Regione, le scelte del medico nella prescrizione di un farmaco già valutato idoneo alla cura di malattie gravi come il cancro, sul piano della appropriatezza terapeutica, da parte della AIFA, all’esito di una valutazione scientifica alla quale non si può sovrapporre, o addirittura contrapporre, quella di ogni singola Regione. Nello specifico la sentenza è relativa alla direttiva della Regione Veneto sull’uso di farmaci oncologici, ma le affermazioni della Corte hanno valore generale e possiamo richiedere l’applicazione anche in altri ambiti sanitari tra cui le terapie riguardanti la salute mentale.

Con l’occasione infatti i giudici di Palazzo Spada, in sintonia con l’orientamento espresso dalla Corte costituzionale sul riparto di competenze Stato/Regioni in questa materia, hanno infatti ricordato che compete solo alla AIFA la valutazione circa l’appropriatezza terapeutica dei farmaci, l’equivalenza tra i principi attivi impiegati per la cura di gravi patologie, e la rimborsabilità dei medicinali da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Diventa fondamentale da parte delle associazioni di familiari ed utenti approfondire la conoscenza dei contenuti del decreto che definisce i livelli essenziali di assistenza perché diventa la fonte primaria per la definizione dei servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini.

Questo decreto si differenzia dal precedente che aveva un carattere sostanzialmente ricognitivo e si limitava ad una descrizione generica rinviando ad altri atti normativi. Nelle aree in cui non sono disponibili o proponi-

bili liste chiuse di prestazioni, lo sforzo si è concentrato nella declinazione delle aree di attività incluse nell'area. Per l'area socio-sanitaria si è ritenuto necessario individuare e descrivere le diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale.

La salute mentale è inserita nel capo IV Assistenza Sociosanitaria ed inclusa nel livello dell'assistenza distrettuale che prevede l'erogazione di percorsi assistenziali integrati nelle seguenti aree: assistenza distrettuale alle persone non autosufficienti; alle persone nella fase terminale della vita; ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie; alle persone con disturbi mentali; ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico; alle persone con disabilità; alle persone con dipendenza patologica o comportamenti di abuso patologico di sostanze.

Scompare il riferimento alle disposizioni contenute nel Progetto Obiettivo Nazionale 1999 e quindi non ritroviamo nel testo indicazioni riferimenti a standard dei servizi e di quantità di risorse da dedicare in modo esclusivo alla salute mentale.

Il provvedimento non introduce ampliamenti sostanziali dei LEA ma si limita a descrivere con maggiore dettaglio e precisione prestazioni ed attività già oggi incluse nei livelli.

A partire dall'art. 21 "Percorsi assistenziali integrati" che dice:

"I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semi residenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei percorsi di integrazione istituzionale, professionale ed organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali...

**Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico delle persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.** Per quanto riguarda la salute mentale questa affermazione è particolarmente impegnativa e innovativa, infatti le persone con problemi di salute mentale hanno bisogno di interventi sanitari ma anche di interventi socio assistenziali. Quanto si stabilisce nell'articolo 21 è di estremo interesse perché le Regioni insieme agli enti locali dovranno organizzare i servizi in modo tale che i bisogni assistenziali sanitari e sociali siano garantiti.

Le Regioni devono organizzare tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multi dimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutici-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili formali ed informali.

Altra novità importante è rappresentata nell'elenco delle prestazioni specialistiche che il servizio sanitario nazionale deve garantire, troviamo infatti indicata per la prima volta la psicoterapia nelle varie forme (individuale, familiare, di coppia e di gruppo) e la valutazione del carico familiare.

L'art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico" e l'art. 26 "Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali" definiscono come nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad **accesso diretto**, il servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico ed alle persone con disturbi mentali la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative necessarie e appropriate.

L'art. 32 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico" e art. 33 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali" prevedono l'erogazione dei servizi semiresidenziali e residenziali. Resta confermata la ripartizione degli oneri tra servizio sanitario nazionale e utente/comune prevista dal DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie".

Per la prima volta è previsto un articolo (art. 60) dedicato alle persone affette da autismo.

# **Testo degli articoli del decreto riguardanti la salute mentale**

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale",  
n. 65 del 18 marzo 2017 - Serie generale

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017.

## **Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.**

### Capo IV ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

#### **Art. 21. I percorsi assistenziali integrati**

1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimen-

sionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

3. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

4. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.

## **Art. 25. "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo"**

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;

- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multi professionale, in collaborazione con la famiglia;
- e) visite neuropsichiatriche;
- f) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- g) colloqui psicologico-clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)
- i) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- j) abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida, ivi incluse le Linee guida dell'Istituto superiore di sanità;
- k) interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;
- l) attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore;
- m) gruppi di sostegno per i familiari;
- n) interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- o) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semi residenziali e residenziali;
- p) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;
- q) 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;
- r) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile;
- s) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità;
- t) 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.

2. L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

### **Art. 26. "Assistenza socio sanitaria alle persone con disturbi mentali"**

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multi professionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;
- e) visite psichiatriche;
- f) prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;
- g) colloqui psicologico-clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- i) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- j) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- k) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari;
- l) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semi residenziali e residenziali;
- n) collaborazione con i medici di medicina generale;
- o) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità;

- p) interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;
- q) progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socio assistenziale emerso dalla valutazione.

### **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 risulterebbero 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 dell'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 grup-

po) 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;

1.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; collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale

m) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minore;

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;

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.

### **Art. 33. Assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali**

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attività:

- a) accoglienza;
- b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il Centro di salute mentale di riferimento;
- c) visite psichiatriche;
- d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche;
- e) colloqui psicologico-clinici;
- f) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- g) interventi terapeutico-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- h) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- i) collaborazione con i medici di medicina generale.

2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore;

b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;

c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata.

3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da équipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

4. I trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti residenziali socio-riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui al comma 3 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

5. Ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1 ottobre 2012 (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza). I trattamenti sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

## **Art. 60. Persone con disturbi dello spettro autistico**

1. Ai sensi della legge 18 agosto 2015, n. 134, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi dello spettro autistico, le prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche.

2. Ai sensi dell'art. 4 della legge 18 agosto 2015, n. 134, entro centoventi giorni dall'adozione del presente decreto, il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata, provvede, in applicazione dei livelli essenziali di assistenza, all'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e della appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico, di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza unificata il 22 novembre 2012. Le linee di indirizzo sono aggiornate con cadenza almeno triennale.

## **Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale inserite nel decreto che devono essere garantite a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale**

### **94.01.1 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA**

Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia, Medicina fisica e riabilitazione

### **94.01.2 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio**

Neurologia Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia Medicina fisica e riabilitazione

### **94.02.1 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST**

DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura

Neurologia Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia Medicina fisica e riabilitazione

### **94.02.2 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]**

Neurologia Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia

### **94.08.1 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE**

Neurologia Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia Medicina fisica e riabilitazione

### **94.08.2 SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITÀ VISUO SPAZIALI**

Neurologia Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia  
Medicina fisica e riabilitazione

### 3. SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITÀ Psichiatria/Psicologia Psicoterapia

**94.08.4** ESAME DELL'AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)Psichiatria/Psicologia Psicoterapia Medicina fisica e riabilitazione

### 5. SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ SOCIALE Psichiatria/Psicologia Psicoterapia

**94.8.6.** SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING  
Psichiatria/Psicologia Psicoterapia

**94.09** COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO  
Psichiatria/Psicologia Psicoterapia

**94.12.1** VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO Psichiatria

**94.19.1** PRIMA VISITA PSICHIATRICA Psichiatria

**94.3** PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)  
Psichiatria/Psicologia Psicoterapia

**94.42** PSICOTERAPIA FAMILIARE  
Per seduta Psichiatria/Psicologia Psicoterapia

**94.42.1** PSICOTERAPIA DI COPPI  
Per seduta Psichiatria/Psicologia Psicoterapia

**94.44** PSICOTERAPIA DI GRUPPO.  
Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)  
Psichiatria/Psicologia Psicoterapia

# INDICE

<b>3</b> -----	Introduzione
<b>5</b> -----	Nuovi livelli essenziali di assistenza Parte riguardante la Salute Mentale
<b>10</b> -----	Testo degli articoli del decreto riguardanti la salute mentale
<b>19</b> -----	Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale inserite nel decreto che devono essere garantite a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale





