

**REALIZZAZIONE CENTRO DIURNO TERAPEUTICO
RIABILITATIVO PER PAZIENTI NEUROPSICHIATRICI
IN ETÁ ADOLESCENZIALE**

**Alessandro Albizzati
Luigi Biondi
Maddalena Leone**

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa
2024**



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di struttura complessa

Codice edizione : UNIMI DSC 2401/AE

Ente erogatore : Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Alessandro Albizzati, Direttore S.C. UONPIA– ASST Santi Paolo e Carlo, alessandro.albizzati@asst-santipaolocarlo.it

Luigi Biondi, Responsabile Ponto Soccorso Pediatrico - ASST Fatebenefratelli, luigi.biondi@asst-fbf-sacco.it

Maddalena Leone, Direttore S.C. Pediatria– ASST Crema Ospedale Maggiore, maddalena.leone@asst-crema.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Elena Maggioni, Centro di Ricerche e Alta Formazione in Health Administration Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente Del Collegio Didattico - [Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute](#), Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	
INTRODUZIONE.....	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	6
DESTINATARI E BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	7
METODOLOGIA ADOTTATA.....	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	11
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE.....	31
RISULTATI ATTESI.....	34
CONCLUSIONI.....	35
CONTRIBUTO PERSONALE.....	36
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	38

INTRODUZIONE

Il Project Work ipotizza la realizzazione di un Centro Diurno Terapeutico (CDT), all'interno di una lettura del bisogno che tenga conto sia dei livelli di programmazione regionale, assessorato al welfare, in integrazione con la direzione strategica della ASST Santi Paolo e Carlo, sia con una ricognizione trasversale che tenga conto dei bisogni espressi da parte dei diversi centri territoriali in collegamento con il reparto di degenza per pazienti acuti. L'ipotesi di realizzazione di un CDT deriva dal bisogno, osservato negli anni, di dare risposta ai bisogni terapeutici di pazienti con patologie neuropsichiatriche acute e sub-acute che frequentemente accedono presso il Pronto Soccorso della nostra ASST, che richiedono un ricovero ospedaliero in mancanza di una rete efficace che possa raccogliere i bisogni di cura in un polo territoriale più adeguato alle esigenze cliniche.

Secondo la pubblicazione "*Child and adolescent mental health - The State of Children in the European Union 2024*" ([unicef.org](https://www.unicef.org)), circa 11,2 milioni di bambini e giovani entro i 19 anni nell'Unione Europea (ovvero il 13%) soffrono di un problema di salute mentale. Nell'Unione Europea in totale, circa 5,9 milioni di maschi e 5,3 milioni di femmine fino a 19 anni soffrono di disturbi mentali. Tra le persone di età compresa tra i 15 e i 19 anni, circa l'8% soffre di ansia e il 4% di depressione.

Il suicidio è la seconda causa di morte (dopo gli incidenti stradali) tra i giovani fra i 15 e i 19 anni nell'Unione Europea (ec.europa.eu). Nel 2020, circa 931 giovani sono morti per suicidio nell'UE, equivalenti alla perdita di circa 18 vite a settimana. Circa il 70% dei giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni nell'UE che muoiono per suicidio sono maschi. In Italia, tra i ragazzi tra i 15 e i 19 anni che hanno perso la vita intenzionalmente tra il 2011 e il 2020 il 43% erano ragazzi e circa il 36% ragazze.

Circa la metà (48%) di tutti i problemi di salute mentale a livello globale si manifesta entro i 18 anni, eppure molti casi rimangono non individuati e non trattati.

Si deve inoltre prestare attenzione ai dati riguardanti i disturbi del neurosviluppo: in Italia il disturbo dello spettro autistico ha una prevalenza di 1 su 77 (calcolo dell'Istituto superiore di Sanità), ADHD (deficit d'attenzione) 3,5 per cento sul totale da 0 a 18 anni.

A peggiorare il quadro generale della salute mentale, anche nel nostro paese, ha sicuramente contribuito la pandemia di COVID-19 e la conseguente crisi economica, che hanno messo a dura prova la salute mentale di tutti, creando disuguaglianze nell'accesso alle cure, con un impatto molto significativo sulla popolazione giovanile (*Chadi et al, 2021*).

Secondo la WHO (*WHO Regional Office for Europe: Factsheet for World Mental Health Day, 2013*) circa la metà dei disturbi psichiatrici diagnosticati in età adulta fanno la loro comparsa prima dei 14 anni. I disturbi depressivi e ansiosi sono tra le prime cinque cause di "*overall disease burden*" (misurato in termini di "*disability-adjusted life years*").

Emerge quindi l'importanza fondamentale di una diagnosi e trattamento precoci al fine di ridurre al minimo il "*periodo di malattia non trattato*" e di evitare lo strutturarsi nel tempo di disturbi psichiatrici resistenti al trattamento che richiedono un sempre più alto carico di risorse di trattamento nel tempo con una minore possibilità di recupero delle competenze funzionali (Drake et al. 2020). I trattamenti cognitivi hanno dimostrato la loro massima efficacia proprio agli esordi del disturbo quando l'architettura anatomica e funzionale del sistema nervoso non è stata ancora sovvertita dalla progressione della patologia. Numerose evidenze segnalano la non inferiorità di questi trattamenti rispetto alle terapie farmacologiche (*Wang et al, 2023*).

Nelle condizioni attuali spesso le patologie psichiatriche non vengono riconosciute all'esordio anche per difficoltà nell'accesso ai servizi di diagnosi e cura preposti, con disuguaglianze socio-culturali. Per questo motivo vi è nell'attualità la necessità di strutturare dei servizi di neuropsichiatria infantile più capillari e in rete tra di loro, con vari gradi di intensità di cura (*Mudler et al, 2014*).

Le patologie neuropsichiatriche a maggior prevalenza nella popolazione pediatrica sono nell'età infantile i disturbi del neurosviluppo (autismo, ADHD, DSA, disturbi del linguaggio) che se non diagnosticati e trattati efficacemente possono progressivamente portare alla strutturazione di disturbi psichiatrici che impattano negativamente sul funzionamento della persona e dell'ambiente che li circonda, in particolare disturbi d'ansia, disturbi dell'umore (depressione in primis), disturbi della condotta alimentare, disturbi esternalizzanti (disturbo oppositivo provocatorio e disturbo della condotta) (*Simonoff et al, 2008*) . Questi disturbi psichiatrici sono spesso caratterizzati da comportamenti disadattativi che esitano in condotte che mettono potenzialmente in pericolo la vita del paziente: comportamenti autolesivi e anticonservativi. Tali condotte risultano essere tra le principali cause di accesso presso i Pronto Soccorso (*Castelpietra et al, 2022*), esitando spesso in richieste di ricovero presso UO di Neuropsichiatria infantile, i cui posti letto risultano essere molto limitati, con ricoveri quindi in reparti non idonei (Pediatria o Psichiatria) sia per competenze specifiche sia per età sia per patologia, non essendo quindi in grado di attivare gli interventi più appropriati con minor dispendio di risorse. I ricoveri tendono ad essere protratti nel tempo, per la mancanza a livello territoriale di adeguate risorse per la gestione di pazienti sub-acuti, che necessitano di un monitoraggio costante e multidisciplinare. In questa situazione di difficoltà di gestione del paziente psichiatrico, frequentemente si assiste al rientro di un paziente presso i reparti di degenza per plurimi ricoveri. l'aspetto dell'integrazione ospedale-territorio risulta ad oggi, sia in ambito regionale (legge 23/2015; legge 15/2016) sia nazionale, un elemento imprescindibile e qualificante per qualsiasi servizio sanitario compresi quindi i servizi di salute mentale dell'età evolutiva.

Scopo della proposta organizzativa è la realizzazione di un Centro Diurno Terapeutico per pazienti post-acuti che tenga conto della evoluzione del bisogno in ambito neuropsichiatrico e riabilitativo alla luce dell'importante cambiamento avvenuto, negli ultimi anni, nell'utenza della Salute Mentale.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Il Project Work in questione prevede la realizzazione di un Centro Diurno Terapeutico per pazienti post-acute che tenga conto della evoluzione del bisogno in ambito neuropsichiatrico e riabilitativo alla luce dell'importante cambiamento avvenuto, negli ultimi anni, nell'utenza della Salute Mentale all'interno della di una lettura del bisogno che tenga conto sia dei livelli di programmazione regionale, in integrazione con la direzione strategica della ASST Santi Paolo e Carlo, con una ricognizione trasversale che tenga conto dei bisogni espressi da parte dei diversi centri territoriali in collegamento con il reparto di degenza per pazienti acuti.

La precocità dell'intervento neuro-psico-riabilitativo, in pazienti con sintomatologia sub-acute, può essere strumento di continuità di cura dell'episodio critico nonché di prevenzione terziaria del danno e rappresentare un canale sicuro di aggancio al territorio di riferimento in un'ottica di miglioramento della qualità delle cure. Il CDT permetterà una diminuzione dei ricoveri ospedalieri e della loro durata, e degli accessi al pronto soccorso. Il centro diurno sarà un luogo di cura e supporto per gli adolescenti durante le fasi di sub-acute, permettendo di stabilizzare il quadro clinico e prevenire ricoveri ospedalieri e l'allontanamento del minore dai contesti familiari. Il percorso riabilitativo dei diversi quadri psicopatologici sarà svolto secondo una strategia multifattoriale. Il trattamento si concentrerà sulla riabilitazione e il reinserimento sociale degli adolescenti, aiutandoli a sviluppare e sostenere le abilità e autonomie individuali, riducendo i comportamenti problema, permettendo di ridurre il rischio di cronicizzazione e peggioramento del quadro clinico, e prevenire le recidive che porterebbero a nuovi ricoveri e accessi al pronto soccorso. Sarà garantita una presa in carico globale e continuativa, favorendo l'implementazione tra la struttura ospedaliera, il pronto soccorso e le strutture territoriali. Il Project Work definirà gli standard organizzativi, i percorsi di cura, indicatori di processo e di esito nonché gli investimenti necessari al funzionamento del servizio.

DESTINATARI E BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il Centro Diurno Terapeutico si intende proporre per utenti minori, dopo un episodio acuto che ha necessitato di un ricovero ospedaliero, o in una fase sub-acuta che necessitano - in regime di degenza ospedaliera diurna – di un percorso di riabilitazione neuropsichiatrica, cognitivo-comportamentale, familiare e psicoeducativa atta a ripristinare i deficit funzionali e la perdita di competenze sociorelazionali indotti dalla patologia.

Una volta dimessi dal servizio in oggetto i pazienti proseguiranno il percorso di cura nei servizi della rete neuropsichiatrica territoriale a cui fanno capo all'interno dell'ASST Santi Paolo Carlo.

Il servizio, primariamente concepito per la fascia di età adolescenziale, potrà dedicarsi a tutti quei pazienti affetti da patologia psichiatrica maggiore per i quali, a giudizio dei curanti di reparto e/o territoriali è indicato un trattamento di riabilitazione cognitiva, fino ai 17 anni di età compresa.

Condizioni primariamente trattate:

- 1) Disturbi del Neurosviluppo (primariamente Disturbo dello spettro Autistico e ADHD) complicati da una condizione psichiatrica;
- 2) Patologie Psichiatriche Maggiori (es: Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia, Stati Mentali a rischio e Disturbi dello spettro della Schizofrenia, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Disturbi di Personalità, Disturbi Dissociativi, Disturbi psichiatrici legati ad eventi traumatici);
- 3) Disturbi Comportamentali (Disturbi della Condotta, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbi da discontrollo degli impulsi, pazienti con comportamenti autolesivi e/o anticonservativi).

Oltre alla presa in carico dei minori il centro diurno offrirà degli spazi di confronto e/on terapeutici, ove il personale dell'equipe ne ravvedesse necessità, per i caregiver/famigliari (es: terapia familiare, incontri con educatori), con finalità psicoeducative (comprensione delle caratteristiche del disturbo psichiatrico, miglioramento delle strategie di problem solving) o terapeutiche a seconda dei casi.

I benefici della presa in carico territoriale intensiva che potrà offrire il centro diurno, oltre che in modo diretto per i pazienti e le loro famiglie, si rifletteranno anche sull' ASST, per la diminuzione degli accessi presso PS, la riduzione del numero dei ricoveri sia presso i reparti di Neuropsichiatria infantile che presso reparti di Pediatria e Psichiatria adulti. La riduzione del numero dei ricoveri e dei giorni di ricovero sono influenzate sensibilmente da una presa in carico continuativa, stabile ed efficace.

METODOLOGIA ADOTTATA

Il progetto prevede un'iniziale stratificazione dei pazienti riguardo ai bisogni clinici e assistenziali. Il servizio potrà valutare la presa in carico del paziente, con il coinvolgimento anche delle figure della rete di supporto, qualora sia necessario un percorso neuropsichiatrico di riabilitazione precoce e multidisciplinare in regime diurno.

Nel caso in cui il paziente presenti caratteristiche inquadrabili nelle tre "condizioni primariamente trattate" sopra descritte si procede pertanto alla verifica di arruolabilità e si struttura il percorso sino alle dimissioni attraverso i seguenti step:

1. Segnalazione dell'inviante (Neuropsichiatra Infantile del servizio di Pronto Soccorso, UONPIA Territoriale, Reparto di Neuropsichiatria Infantile, Ambulatorio di Secondo Livello)
2. Valutazione di appropriatezza dell'invio da parte del Neuropsichiatra del CDT
3. Raccolta dei consensi
4. Affidamento al Neuropsichiatra (o Clinical Manager) del CDT e all'Equipe per la stesura del Piano Terapeutico e Riabilitativo Integrato (PTRI)
5. Dimissione e invio ai servizi territoriali di competenza

Gli obiettivi dei percorsi riabilitativi, attraverso funzione di monitoraggio, empowerment ed engagement svolta dal Neuropsichiatra (o Clinical Manager) sono:

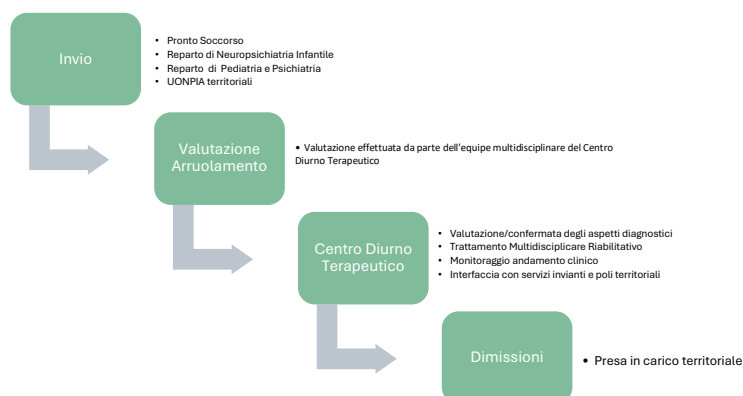
1. Valutazione multidimensionale e funzionale del paziente attraverso osservazione clinica diretta e somministrazione di scale e questionari specifici
2. Individuazione dei bisogni
3. Trattamento di psicologico a stampo cognitivo-comportamentale e/o trattamento psicoeducativo finalizzato alla riabilitazione delle funzioni deficitarie
4. Impostazione, prosecuzione e monitoraggio del trattamento farmacologico in atto con rinforzo dell'aderenza allo stesso
5. Monitoraggio della stabilizzazione del quadro clinico
6. Prevenzione delle ricadute e della riospedalizzazione
7. Migliore integrazione con i servizi territoriali nell'ottica della continuità delle cure

Quest'ultimo passaggio dovrebbe avvenire evitando il consueto ricorso dei pazienti al Pronto Soccorso con il rischio di disperdere parte del patrimonio informativo acquisito durante la fase dell'intervento.

Con tale sequenza il ciclo di cura viene caratterizzato dai requisiti di:

- Continuità
- Appropriatezza
- Monitoraggio
- Personalizzazione
- Prevenzione

Figura 1 – Ipotesi di flusso del Paziente all'interno del Centro Diurno Terapeutico



Questo servizio crea un ambiente traslazionale, aperto e dinamico, in cui si sviluppano e si integrano, con diverse competenze professionali, relazioni organizzative e terapeutiche eterogenee. L'obiettivo è garantire una prevenzione e riabilitazione tempestive, adattate ai reali bisogni dei pazienti. In questo contesto, le risorse disponibili possono favorire varie forme di interazione tra l'Ospedale, i Servizi territoriali e la Comunità.

Inoltre, questo Project Work prevede la realizzazione di una SWOT Analysis, finalizzata a identificare i punti di forza, le criticità, le opportunità e i rischi associati a questo modello organizzativo. L'analisi SWOT evidenzia che un centro diurno pubblico per adolescenti con problemi neuropsichiatrici ha solide basi per operare, grazie a servizi specializzati e convenzionamenti. Tuttavia, deve affrontare sfide significative, come la sostenibilità finanziaria e la necessità di formazione continua del personale. Le opportunità di crescita sono notevoli, ma è essenziale monitorare i rischi per garantire un servizio efficace e accessibile.

SWOT Analysis

	FATTORI POSITIVI	FATTORI NEGATIVI
FATTORI INTERNI	<p>STRENGTHS (Punti di forza)</p> <p>Servizi specializzati: Offerta di interventi terapeutici e riabilitativi personalizzati, supportati da un'équipe multidisciplinare di professionisti (psicologi, educatori, neuropsichiatri) .</p> <p>Servizio pubblico: Le prestazioni sono spesso convenzionate, riducendo il costo per le famiglie e aumentando l'accessibilità ai servizi .</p> <p>Supporto alla famiglia: Integrazione di interventi che coinvolgono le famiglie, contribuendo a un approccio globale e multidisciplinare .</p> <p>Attività diversificate: Offerta di laboratori e attività ricreative che favoriscono l'inclusione sociale e lo sviluppo delle autonomie</p>	<p>WEAKNESSES (Punti di debolezza)</p> <p>Risorse finanziarie limitate: Dipendenza dai contributi regionali che possono variare e influenzare la sostenibilità economica del centro</p> <p>Capacità di accoglienza: Limitazioni nel numero di utenti accolti, che possono impedire di soddisfare la domanda crescente di servizi .</p> <p>Formazione continua del personale: Necessità di investire in formazione continua per il personale per garantire competenze aggiornate e adeguate alle esigenze degli utenti .</p>
FATTORI ESTERNI	<p>OPPORTUNITIES (Opportunità)</p> <p>Aumento della consapevolezza: Crescente attenzione verso la salute mentale e i disturbi neuropsichiatrici, che porta a una maggiore domanda di servizi specializzati per adolescenti.</p> <p>Collaborazioni con enti locali: Possibilità di stabilire partenariati con scuole, associazioni e servizi sociali per ampliare l'offerta e migliorare l'integrazione sociale degli utenti.</p> <p>Innovazione nei trattamenti: Sviluppo di nuove metodologie e approcci terapeutici che possono migliorare l'efficacia degli interventi e attrarre nuovi utenti</p>	<p>THREATS (Minacce)</p> <p>Cambiamenti normativi: Possibili modifiche alle politiche sanitarie e ai finanziamenti pubblici che potrebbero influenzare la sostenibilità del centro e la qualità dei servizi offerti.</p> <p>Stigmatizzazione: Persistente stigma sociale attorno ai disturbi mentali, che può influenzare la volontà delle famiglie di accedere ai servizi, limitando l'afflusso di utenti.</p>

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Dati attuali neuropsichiatria infantili Regione Lombardia e situazione nazionale

Uno studio globale sui disordini mentali negli adolescenti ha evidenziato come le disuguaglianze socioeconomiche abbiano esacerbato i problemi di salute mentale durante la pandemia. L'Italia non è stata immune a questo fenomeno, con un aumento rilevante dei casi di ansia e disturbi depressivi maggiori tra i giovani, legati alle incertezze e allo stress causati dalla crisi sanitaria (Kim et al, 2024).

Uno studio condotto dalla Società Italiana di Pediatria ha rilevato un incremento dell'83,1% delle ammissioni ai dipartimenti di emergenza pediatrica per disturbi neuropsicologici durante la pandemia. Le condizioni più comuni includevano ideazione suicidaria (+147%), depressione (+115%), disturbi alimentari (+78,4%) e psicosi (+17,2%). Anche i ricoveri per questi disturbi sono aumentati del 39,5% durante il periodo pandemico (Bozzola et al, 2022). A livello nazionale, a fronte del continuo aumento della domanda già evidenziato, permane una grave disomogeneità nell'organizzazione della rete dei servizi di NPIA nelle diverse regioni italiane, che determina disomogeneità nei percorsi e rende complesso garantire equità di risposte e uniformità della raccolta dei dati e della programmazione. Ai 403 letti di NPIA esistenti a livello nazionale si chiede di garantire risposte per più del doppio dei pazienti che sarebbero in grado di assorbire, a cui si aggiungono le nuove criticità portate dalla pandemia, e senza alcuna possibilità di fare affidamento su adeguati interventi intensivi nel territorio nell'attualità. In questa situazione complessa la creazione di un Centro Diurno Terapeutico si collocherebbe come una struttura connessa ad una rete socio-sanitaria che coinvolgerà i diversi stakeholder dell'Unità Operativa dell'ASST, sia verticalmente tra regione e ATS Città Metropolitana, sia con gli altri attori con i quali risulta obbligatorio interfacciarsi, quali comune di Milano, Tribunale dei Minori, agenzie psicoeducative del terzo settore e con le altre ASST della città metropolitana di Milano.

SITUAZIONE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE IN LOMBARDIA:

Tabella 1 - Offerta posti letto e posti tecnici nelle strutture di ricovero e residenziali, semiresidenziali neuropsichiatria (anno 2022)

TIPOLOGIA	NR. STRUTTURE A CONTRATTO E NON			NR. POSTI			
	TOTALE	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE	PUBBLICO	PRIVATO A CONTRATTO	PRIVATO NON A CONTRATTO
AMB/POLI TERRITORIALI	134	119	15				
SEMIRESIDENZIALI	33	10	23	644	153	282	209
RESIDENZIALE	22	4	18	304	34	197	73
DAY HOSPITAL				22	22		
DEGENZA				112	112		
SOGGETTI CON ALMENO UN CONTATTO NELL'ANNO	113.144						

Lo studio condotto dalla Fondazione Cariplo, in collaborazione con diverse Università e istituzioni sanitarie della Lombardia, ha analizzato l'impatto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale di bambini e adolescenti nella regione dal 2015 al 2022.

Nel 2022, oltre 137.000 bambini e ragazzi in Lombardia hanno cercato assistenza per disturbi neuropsichiatrici, con circa 25.000 accessi al pronto soccorso. Di questi, più di 17.000 hanno iniziato un trattamento con psicofarmaci e quasi 7.000 sono stati ricoverati almeno una volta.

Per quanto riguarda gli accessi al pronto soccorso è stato riscontrato un aumento del 61% dei codici gialli e rossi rispetto al 2016 per disturbi psichiatrici ed un aumento del 24 % per disturbi neurologici. L'aumento degli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici ha avuto un impatto negativo sui bambini più piccoli, che in un sistema con risorse limitate trovano meno disponibilità di cura.

In Lombardia vi sono 112 posti letto di Neuropsichiatria Infantile, a livello nazionale se ne contano 403 totali, 6 posti letto per 100000 minori tra gli 0-17 anni, non tutte le ATS hanno dei posti letto. I posti letto in Residenzialità Terapeutica in Lombardia sono 304, un terzo del totale italiano, con un aumento del 64%, dal 2019, di utenti che hanno effettuato almeno un percorso di residenzialità terapeutica. In generale sia gli accessi ambulatoriali che presso il pronto soccorso, le richieste di ricovero in regime ospedaliero che in residenzialità terapeutica e coloro che assumono psicofarmaci sono in costante aumento dal 2016:

- accessi presso PS per disturbi psichiatrici in pz minorenni: + 61% rispetto al 2016,
- dal 2016 c'è stato un aumento del 75% della prescrizione di antidepressivi e del 60% di antipsicotici.

Nei servizi di Neuropsichiatria Infantile dal 2016 sono aumentati gli accessi soprattutto degli adolescenti, con una diminuzione dei bambini con età uguale o minore di 10 anni. Inoltre l'aumento rilevante di accessi di utenti adolescenti con disturbi psichiatrici e di genere femminile comprime in parte le possibilità di accogliere utenti con altri tipi di disturbi solo apparentemente 'meno urgenti/gravi' (patologie neurologiche, disabilità complesse, patologie del neurosviluppo) o di altre classi di età (in particolare 0-2 anni) e di genere maschile, che permetterebbe di intercettare la patologia neuropsichiatrica prima di complicanze e strutturazioni di quadri psicopatologici di maggiore gravità e di più complessa gestione. Si ritiene esserci un effetto protettivo delle attività ambulatoriali sugli accessi presso il PS per disturbi psichiatrici. Una delle criticità dei servizi territoriali/ambulatoriali che spesso si riscontra è mancanza di tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, che caratterizzano la peculiari necessità della neuropsichiatria infantile rispetto ad altre unità operative, e vi sono significative difficoltà nel garantire la presenza anche solo delle figure mediche indispensabili, già sottodimensionate.

Per quanto riguarda i ricoveri non solo c'è stato un incremento del numero dei ricoveri ma anche un aumento dei ricoveri in reparti inappropriati. Nel 2022, il 51% di tutti i ricoveri per disturbi psichiatrici e il 79% di quelli per disturbi neurologici si è verificato in reparti non appropriati quali pediatria e psichiatria per adulti. Questo può influenzare negativamente la durata della degenza e l'esito del trattamento.

I reparti di pediatria non hanno le competenze, le risorse e l'organizzazione adeguate per garantire un trattamento ottimale ai pazienti con disturbi neuropsichiatrici, che richiedono un approccio specialistico e multidisciplinare. Non dispongono delle risorse e degli spazi appositamente progettati per gestire in sicurezza questi pazienti, come aree di contenimento, personale formato sulla gestione delle crisi. Questo può mettere a rischio la sicurezza del paziente e degli altri ricoverati. Può portare ad

un maggiore ricorso a misure di contenzione fisica e sedazione farmacologica per gestire i comportamenti problematici, con possibili effetti collaterali.

Il ricovero in reparti non specialistici interrompe inoltre la continuità assistenziale con i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile che seguono il paziente abitualmente. Questo può portare a una frammentazione delle cure, un peggioramento del decorso clinico e prolungamento dei giorni di degenza.

Infine, ma non meno importante, la presenza di pazienti con disturbi neuropsichiatrici, spesso con sintomi comportamentali complessi, può avere un impatto negativo sugli altri bambini ricoverati in reparti di pediatria, creando un ambiente meno adatto alla loro guarigione.

Per quanto concerne i ricoveri presso i reparti di psichiatria per adulti va sottolineato che non sono appropriati per i pazienti pediatrici a causa delle differenze fondamentali nelle esigenze di trattamento, nell'ambiente e nella gestione terapeutica. È essenziale garantire che i bambini e gli adolescenti ricevano cure in contesti specializzati e adeguati alla loro età e sviluppo.

l'incremento dei ricoveri in reparti non idonei è sintomo di un sistema sanitario sotto pressione, che fatica a garantire cure appropriate ai bambini e agli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici. In Lombardia ci sono solo 112 posti letto nei reparti di Neuropsichiatria Infantile e si stima che ne servirebbero tra i 50 e gli 85 in più per far fronte adeguatamente all'aumento della domanda. Tuttavia l'incremento dei posti letto non rappresenta l'unica risposta; le strategie per supportare i bambini e gli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici devono essere multifattoriali, integrate e devono prevedere un potenziamento dei servizi territoriali di supporto. La DGR XII/1827/2024, in ambito di piani di sviluppo per la salute mentale, prevede tra le tante misure, la creazione di circa 257 nuovi posti di centro diurno NPIA, con focus su adolescenti. I centri diurni di neuropsichiatria infantile svolgono un ruolo cruciale nel supportare bambini e adolescenti con disturbi neuropsichiatrici, possono significativamente impattare sulla riduzione del numero dei ricoveri e dei giorni di degenza attraverso interventi tempestivi, supporto multidisciplinare, coinvolgimento delle famiglie e integrazione con i servizi territoriali. Il centro diurno rappresenta un luogo di cura e supporto per gli adolescenti durante le fasi di subacuzie, permettendo di stabilizzare il quadro clinico e prevenire ricoveri ospedalieri; si concentra sulla riabilitazione e il reinserimento sociale degli adolescenti, aiutandoli a sviluppare abilità e autonomia, ciò riduce il rischio di cronicizzazione e recidive che porterebbero a nuovi ricoveri; lavora in stretta collaborazione con i servizi di salute mentale, i servizi sociali e la comunità locale, garantendo una presa in carico globale e continuativa che evita frammentazioni e passaggi al pronto soccorso; infine a differenza di contesti ospedalieri, il centro diurno offre uno spazio più accogliente e meno stigmatizzante per gli adolescenti, favorendo l'adesione ai percorsi di cura e prevenendo accessi impropri al pronto soccorso. Questi elementi sono essenziali per garantire una continuità di cura che affronti le esigenze complesse dei bambini e degli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici.

DATI NEUROPSICHIATRIE INFANTILI REGIONE LOMBARDIA

I presenti dati sono stati raccolti attingendo da più fonti, non essendo al momento implementato un sistema informativo specifico per la NPIA in Lombardia. In particolare, si è fatto riferimento per i ricoveri alle Schede di Dimissione Ospedaliera e per le prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e territoriali in genere al Flusso ambulatoriale NPIA (ex 28/SAN). La rappresentazione delle strutture di ricovero e cura, residenziali e semiresidenziali, i Poli Territoriali e gli ambulatori, deriva dall'estrazione dal sistema informativo Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie (ASAN).

ENTI E STRUTTURE

L'attività di ricovero specifico per la disciplina di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) fa riferimento a 6 enti dislocati sul territorio Lombardo con una capacità totale di 112 posti letto.

Tabella 2 Posti letto NPIA

Ente	Ats	Struttura	Nr_posti_letto
Fondazione istituto neurologico nazionale casimiro mondino	Ats di Pavia	Pavia	20
Fondazione irccs istituto nazionale neurologico Carlo Besta	Ats della citta' metropolitana di Milano	Milano	39
Asst dei sette laghi	Ats dell'insubria	Varese	10
Asst santi paolo e carlo	Ats della citta' metropolitana di Milano	Milano	8
Asst di Monza	Ats della Brianza	Monza	15
Asst degli ospedali civili di Brescia	Ats di Brescia	Brescia	20

Sempre nell'ambito delle strutture di degenza sono presenti posti tecnici di day hospital per un totale di 22 posti letto.

Tabella 3. Posti dh/NPIA

Ente	Ats	Struttura	Nr_posti_letto
Asst di monza	Ats della brianza	Monza	3
Asst santi paolo e carlo	Ats della citta' metropolitana di milano	Milano	5
Asst rhodense	Ats della citta' metropolitana di milano	Rho	1
Fondazione irccs istituto nazionale neurologico carlo besta	Ats della citta' metropolitana di milano	Milano	2
Asst di lodi	Ats della citta' metropolitana di milano	Lodi	2
Asst di cremona	Ats della val padana	Cremona	1
Asst dei sette laghi	Ats dell'insubria	Varese	2
Asst papa giovanni xxiii	Ats di bergamo	Bergamo	2
Asst degli ospedali civili di brescia	Ats di brescia	Brescia	2
Fondazione istituto neurologico nazionale casimiro mondino	Ats di pavia	Pavia	2

In relazione alle strutture territoriali, sono presenti sul territorio Lombardo 304 posti in Strutture Residenziali Terapeutiche e 629 posti per attività semiresidenziale (di Centro Diurno) in particolare numerosità rappresentati da Enti Privati Accreditati.

DATI DI ATTIVITA' DI RICOVERO E CURA

Per illustrare l'andamento dell'utilizzo dei posti letto, si presentano i dati relativi agli ultimi quattro anni. Nel 2020, l'attività di ricovero e cura nei reparti ospedalieri ha subito una diminuzione di circa il 30% rispetto all'anno precedente, sia nel numero di pazienti che nei ricoveri complessivi. Questo calo è stato principalmente determinato dalla pandemia, che ha richiesto una rimodulazione degli spazi per rispettare le normative di prevenzione del contagio. Le giornate di degenza nei reparti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), così come in altri reparti con diagnosi principali correlate a questa disciplina, hanno registrato una riduzione del 22% rispetto all'anno precedente.

Tabella 4. Giornate di ricovero totali NPIA

	2017	2018	2019	2020
Soggetti	2613	2756	3192	2144
Ricoveri	2663	2814	3250	2214
Gg deg npi	20551	22144	27929	21974
Gg deg ricoveri totali	21310	22843	28518	22529

L'attività di Day Hospital riproduce una tendenza simile ai ricoveri ordinari.

Tabella 5. Andamento attività di DH/NPIA 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
Soggetti	1159	1230	1423	960
Dh	1252	1236	1427	970
Accessi in dh	3773	3618	4221	3706

Si sono inoltre rilevate le diagnosi principali riportate nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), in correlazione ai disturbi di interesse neuropsichiatrico o ad esso riconducibili.

Dalle percentuali riportate in fondo alla tabella, risulta evidente come tali diagnosi siano particolarmente impattanti rispetto al totale complessivo dei ricoveri e dei restanti Diagnosis Related Groups (DRG), medici e chirurgici, registrati nelle SDO.

Tbella 6. DRG NPIA- 2017-2020

DRG	2017		2018		2019		2020	
	Numero ricoveri	Giorni degenza e accessi dh	Numero ricoveri	Giorni degenza e accessi dh	Numero ricoveri	Giorni degenza e accessi dh	Numero ricoveri	Giorni degenza e accessi dh
425 - reazione acuta di adattamento e disfunz. Psicosoc.	60	710	66	743	71	748	46	512

426 - nevrosi depressive	9	162	23	411	58	1044	68	1436
427 - nevrosi escl. Nevrosi depressive	24	264	53	640	93	1089	51	860
428 - disturbi di personalita' e controllo degli impulsi	515	5449	488	5505	478	5960	423	5824
429 - disturbi organici e ritardo mentale	220	803	237	977	317	1253	176	1048
430 - psicosi	180	2570	207	3185	300	4639	202	3456
431 - disturbi mentali dell'infanzia	539	2043	677	2553	769	3706	452	2205
432 - altre dia. Relative a disturbi mentali	217	997	277	1504	437	2867	450	3376
451 - avvel.,effetti tossici da farmaci,eta' <18	10	234	8	213	16	297	6	57
454 - altre dia. Traumatismi, avvel., etc. Con cc			1	11				
455 - altre dia. Traumatismi, avvel., etc. Senza cc			1	2	1	1	1	5
467 - altri fattori che influenzano lo stato di salute	102	132	96	128	130	192	77	134
Totale parziale DRG area Salute Mentale	1876	13364	2134	15872	2670	21796	1952	18913
Percentuale DRG area Salute Mentale sul totale DRG	48%	53%	53%	60%	57%	67%	61%	72%
Totale complessivo DRG	3915	25083	4050	26461	4677	32739	3184	26235

Di seguito i ricoveri ricondotti allo specifico Ente

Tabella 7. Giornate di degenza e accesso DH NPIA per singolo Ente 2017-2020

Struttura	2017		2018		2019		2020	
	Numero ricoveri	Giorni degenza e accessi dh	Numero ricoveri	Giorni degenza e accessi dh	Numero ricoveri	Giorni degenza e accessi dh	Numero ricoveri	Giorni degenza e accessi dh
Fond.irccs ist.naz.neurologico c.best-milano	1214	7889	1215	7363	1285	7510	710	4123
Fond.ist.neurol.c.mondino-pavia	1024	4327	1167	5575	1210	5646	755	4265
Asst brescia	457	5794	398	5872	463	5775	383	5167
Asst rhodenze	25	98	17	50	36	120	21	60
Asst cremona	3	3	5	5	6	17	40	79
Asst varese	182	272	205	878	430	4191	305	3756
Asst lodi	30	39	23	34	43	43	6	7
Asst papa giovanni xxiii – bg	98	103	91	95	97	101	50	61
Asst santi paolo e carlo - milano			9	113	161	2667	223	3355
Asst monza	882	6558	920	6476	946	6669	691	5362
Totale complessivo	3915	25083	4050	26461	4677	32739	3184	26235

Le informazioni relative all'attività residenziale e semiresidenziale vengono rappresentate nel confronto degli anni 2019 e 2020.

Come è possibile evincere dalla tabella riassuntiva di seguito riportata, il complesso sistema organizzativo della NPIA pubblica e privata ha mantenuto un regime di attività tutelante nei confronti dell'utenza: i Servizi – come da DGR n. 2906 dell'8/3/2020 – sono stati mantenuti aperti anche nella prima fase di lockdown, venendo equiparati ai Servizi di dialisi e chemioterapia e quindi considerati "salvavita" proprio per l'importanza dell'azione nei confronti dei piccoli pazienti e dei loro familiari.

Nello specifico dell'attività ambulatoriale è stata introdotta fin dall'inizio dell'emergenza pandemica (marzo 2020) la modalità di erogazione delle prestazioni in "remoto" (Telemedicina e Teleriabilitazione), anche a garanzia della continuità terapeutica e relazionale nei confronti degli utenti che per un lungo periodo non hanno potuto frequentare i Centri Diurni.

Le Strutture Residenziali hanno visto, come per i reparti di degenza, una riorganizzazione degli ingressi e delle dimissioni in virtù delle norme in materia di contenimento dell'infezione.

Dati e Organizzazione dei servizi neuropsichiatrici della ASST SANTI PAOLO CARLO

Organizzazione della SC UONPIA della ASST Santi Paolo Carlo

All'interno della SC UONPIA sono presenti diversi servizi neuropsichiatrici: reparto di degenza, centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare e Day Hospital, UONPIA territoriali, centro di secondo livello per i Disturbi Specifici di Apprendimento e un Centro Territoriale Riabilitativo.

Il territorio di pertinenza dell'ASST Santi Paolo Carlo, rispetto ai servizi Neuropsichiatrici, è composto dai municipi 4, 5, 6 e 7 del comune di Milano, per un totale di 621986 persone residenti, e alcuni comuni dell'interland (Corsico, Buccinasco, Trezzano sul Naviglio e Assago), per un totale di 92139 persone residenti.

L'ASST Santi Paolo Carlo è Ente Capofila del progetto G31 sulle Acuzie Psichiatriche in Adolescenza, di cui uno dei partner è l'Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria", in cui Dirigenti Medici Neuropsichiatri dell'ASST effettuano consulenze mediche. Il personale medico svolge guardie attive dalle 8 alle 20 da lunedì e venerdì, e dalle 8 alle 14 nella giornata di sabato e domenica; viene svolto un servizio di reperibilità per casi afferenti al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo, dalle ore 20 alle ore 8 da lunedì a venerdì e dalle ore 14 alle ore 8 sabato e domenica.

I servizi sono così organizzati:

- il Reparto di Degenza di Neuropsichiatria Infantile è ubicato all'interno del presidio ospedaliero San Paolo, al 7 piano, blocco A. Ospita 9 posti letto. Accoglie pazienti tra i situazioni di acuzie psichiatriche tra gli 11 e 17 anni, per indicazione di ATS Milano. Il reparto è aperto 24 ore su 24, 7 giorni su 7,
- UONPIA territoriali, di cui vi sono 5 presidi territoriali: UONPIA di viale Tibaldi 41, UONPIA via Barabino 8, UONPIA via Val d'Intelvi 1, UONPIA Remo la Valle 7, UONPIA Buccinasco. All'interno delle UONPIA lavorano, a seconda del servizio, 2 e i 3 neuropsichiatri, TNPEE, psicologi, psicoterapeuti, logopedisti. Il servizio si occupa della presa in carico, diagnosi, terapia e riabilitazione in età evolutiva,
- Centro di secondo livello per la cura e trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare: il servizio è dedicato a pazienti fino ai 15 anni. All'interno del centro vengono effettuate sia prestazioni ambulatoriali che in regime di Day Hospital. Esiste una fascia di transizione (16-17 anni) gestita sinergicamente con il centro dei Disturbi della Nutrizione dell'età adulta che afferisce al servizio Psichiatrico dell'ospedale,
- Centro Riabilitativo Territoriale: accoglie bambini con disturbi del neurosviluppo per trattamenti riabilitativi,
- Centro per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA): il centro è collocato all'interno del presidio ospedaliero San Carlo, e si occupa della diagnosi di bambini e adolescenti che accedono con sospetto di DSA.

Contesto normativo

La legge regionale n. 23 dell'11 agosto 2015 in materia di "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo" ha delineato il nuovo modello di cura e assistenza in relazione ai cambiamenti socio-economici e demografici presenti sul territorio lombardo.

Con la legge regionale 23/2015 si stabilisce un cambiamento nella prospettiva sanitaria «dalla cura al prendersi cura» rispondere ai bisogni della persona e della famiglia. La cronicità e la fragilità si inseriscono nella nuova struttura assumendo un ruolo prioritario.

In particolare l'area della Salute Mentale è andata incontro ad un processo di ridefinizione descritto nella legge regionale n. 15 del 29 giugno 2016 - "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) TITOLO V NORME IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE". Per Area della salute mentale ai fini della presente legge si intende l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche potrebbero causare.

Afferiscono all'Area di salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. L'Area di salute mentale è organizzata, secondo i criteri di cui al precedente art. 51, in forma dipartimentale coerentemente con la programmazione regionale e quella dell'ATS competente per territorio. A tal fine il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze istituito nelle ASST comprende di norma: una o più Unità operative dei servizi dipendenze (UOSD); una o più Unità Operative di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA); una o più Unità Operative di Psichiatria (UOP); una o più Unità operative di psicologia (UOPsi), oltreché i servizi dedicati alla disabilità psichica.

Gli obiettivi di particolare interesse e riforma si sono rivolti agli ambiti di seguito riportati:

- Inclusività, reinserimento sociale e scolastico. La valorizzazione della risposta integrata e interdisciplinare al bisogno di salute dell'assistito, anche utilizzando percorsi personalizzati di cura remunerati mediante i budget di salute, è stata finalizzata a privilegiare la metodologia della presa in carico attraverso il modello del *case management*, e con progetti riabilitativi orientati al recupero personale e sociale, anche lavorativo quando praticabile;
- l'integrazione interdisciplinare di attività ospedaliere e territoriali, con il coinvolgimento delle famiglie, il contributo delle formazioni sussidiarie del territorio e l'adozione di modelli socio-sanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi, nel contesto delle reti sociali e familiari, assicurando l'esercizio dei diritti, la continuità dei percorsi di cura, la presa in carico delle persone e la valorizzazione del loro sapere esperienziale e delle competenze acquisite;
- la promozione della collaborazione tra servizi territoriali, in particolare gli enti locali, i servizi di tutela dei minori e l'amministrazione giudiziaria, mediante un'attività integrata che persegua l'obiettivo di salute mentale;
- la riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero o alle altre forme di intervento residenziale, mediante il potenziamento delle attività di cura da erogare sul territorio, comprese quelle al domicilio della persona, tenendo conto delle specifiche condizioni familiari, sociali e territoriali;

- la continuità dei percorsi clinici e dei progetti di vita e di inclusione sociale che accompagnano la persona dalla fase acuta e ospedaliera a quella degli interventi territoriali e riabilitativi;
- la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio;
- la formazione permanente degli operatori, con attenzione al lavoro di rete e di équipe e al coinvolgimento di utenti e familiari, inclusi adeguati percorsi formativi finalizzati alla riduzione del ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e alla riduzione delle pratiche di contenzione meccanica;
- i percorsi di auto aiuto con particolare riguardo al trattamento dei quadri delle dipendenze.

Un discorso a parte merita il tema dell'Autismo in età di transizione dall'adolescenza alla fase adulta.

1. La Regione, promuove condizioni di benessere e stabilisce le linee di azione in materia di prevenzione, assistenza, cura, riabilitazione e inclusione sociale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa.

2. Le disposizioni di cui al presente capo hanno l'obiettivo di promuovere una cultura attenta alle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa e di costruire una rete integrata del sistema dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi e di dare supporto alla famiglia, quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza. Gli interventi sono rivolti a tutte le persone che, in ogni età della vita, sono affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, diagnosticati e valutati secondo i sistemi di classificazione e le metodologie più recenti, riconosciuti e validati dalla comunità scientifica internazionale, e alle famiglie che ne sostengono l'impegno di cura.

3. La Regione, attraverso il Piano sociosanitario integrato lombardo (PSL) di cui all'articolo 4 e le regole di sistema di cui all'articolo 17, al fine di realizzare gli obiettivi previsti dal presente articolo, promuove e sostiene:

- a) la diffusione della cultura per una diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;
- b) la piena accessibilità alle informazioni relative allo spettro autistico e alla disabilità complessa, ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali correlati;
- c) la partecipazione a progetti nazionali e internazionali di ricerca;
- d) la collaborazione, attraverso un proprio sistema integrato di raccolta dati (registro) con le banche dati ministeriali al fine di monitorare l'andamento epidemiologico e i risultati degli interventi preventivi, terapeutici, abilitativi e riabilitativi erogati dal sistema integrato dei servizi sanitari sociosanitari, sociali ed educativi;
- e) centri di riferimento specialistici regionali con compiti di coordinamento dei presidi della rete sanitaria regionale, al fine di garantire la diagnosi tempestiva e stabilire percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali e strategie psicoeducative strutturate per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico;
- f) la presa in carico globale delle persone con approccio di équipe multi-professionale e interdisciplinare, attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi tra servizi pubblici, del privato e del privato sociale, che coinvolga le famiglie e le associazioni in collaborazione con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. La presa in

carico di soggetti in età evolutiva e in età adulta è effettuata dai soggetti di cui all'articolo 53, avvalendosi di un gruppo di lavoro istituito attraverso l'individuazione di esperti, appartenenti a enti accreditati, con comprovata e qualificata formazione ed esperienza nella diagnosi e nella predisposizione di percorsi individuali per soggetti con disturbi dello spettro autistico;

g) l'accesso alle terapie e ai metodi di approccio comportamentale in linea con le più recenti evidenze scientifiche stabilite dalle linee guida ministeriali;

h) la formazione dei professionisti sanitari, sociosanitari, sociali, dell'educazione e dei pediatri sugli strumenti di valutazione e le metodologie di intervento abilitativo e riabilitativo, validati a livello internazionale, al fine della costituzione sul territorio di unità funzionali integrate e multidisciplinari per la diagnosi precoce e la valutazione multidimensionale del bisogno;

i) iniziative di formazione, orientamento, accompagnamento e supporto alla famiglia quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza;

j) idonee misure di coordinamento tra i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza, psichiatria e servizi per la disabilità, per garantire la presa in carico e il corretto trasferimento di informazioni riferite alla persona affetta dalla patologia, assicurando la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della vita;

k) la disponibilità sul territorio di posti tecnici nelle strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali accreditate, con competenze specifiche per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;

l) la promozione di progettualità finalizzate all'inserimento lavorativo dei pazienti che ne valorizzino le capacità, anche con percorsi di vita indipendente.».

II POAS – ASST SANTI PAOLO E CARLO

La Struttura Complessa (SC) UONPIA è collocata all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. Il Dipartimento è preposto a: rafforzare le sinergie e il coordinamento tra area di degenza, servizi territoriali, ambulatori specialistici, attività di riabilitazione semiresidenziale e residenziale in una logica di rete; dedicare competenze e risorse a servizi territoriali e semiresidenziali finalizzati alla diagnosi e cura dei disturbi psicopatologici dell'età giovanile.

Condivide gli obiettivi distrettuali e fornisce le risorse necessarie al loro raggiungimento.

Vi è inoltre una afferenza funzionale molto importante con il Dipartimento Materno-Infantile, con particolare riferimento alla struttura complessa della Pediatria, con cui si hanno alti livelli di integrazione sia per il ricovero di gravi di denutrizione nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare che per patologie neuropsichiatriche che necessitano di ricovero sotto gli undici anni. Il reparto di Neuropsichiatria dell'Ospedale San Paolo, per mandato dell'ATS Milano, ricovera solo situazioni psichiatriche acute di pazienti compresi tra gli 11 e 17 anni.

La UONPIA, nella sua collocazione territoriale, si occupa di diagnosi e cura dei disturbi neuropsichiatrici e psicologici di pazienti di età compresa fra 0 e 17 anni. Svolge inoltre attività di rete tramite incontri con scuole, servizi sociali, terzo settore, strutture ospedaliere, altre strutture terapeutiche e riabilitative del territorio, Tribunale per i Minorenni, comunità terapeutiche ed educative, mediatori culturali (Crinali). Vi è poi la SS Psicopatologie Dell'Eta' Evolutiva che coordina le attività territoriali di diagnosi, cura e riabilitazione a favore di bambini e adolescenti affetti da disturbi neuropsicologici dello

sviluppo e garantisce le attività di diagnosi e cura nell'ambito dei disturbi psicopatologici dell'età evolutiva.

Il nuovo Centro Diurno Terapeutico si collocherebbe all'interno della SC UONPIA.

Figura 8- Attuale POAS ASST Santi Paolo Carlo

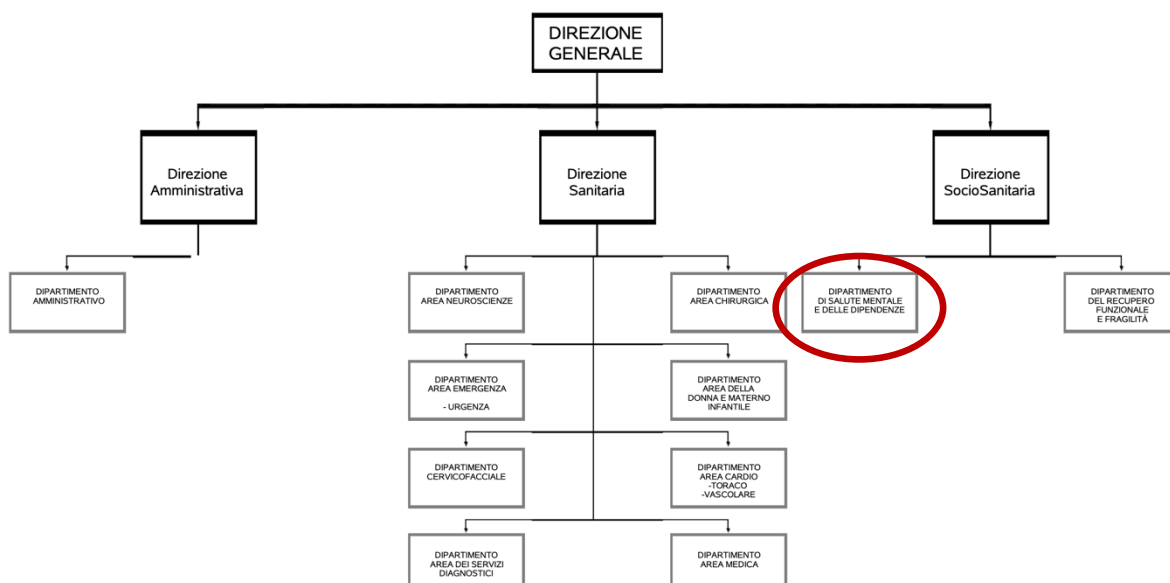
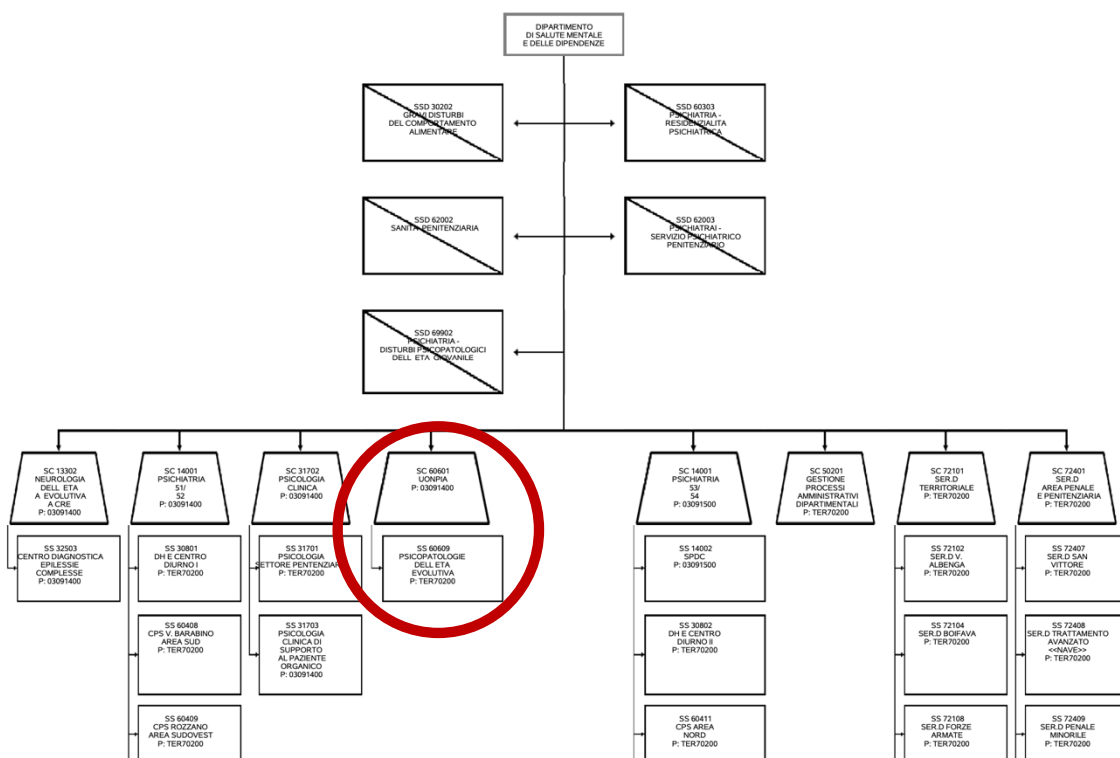


Figura 9 - Attuale POAS ASST Santi Paolo Carlo, SC UONPIA



Il nuovo CDT verrà promosso all'interno dell'ASST e nei centri territoriali e di secondo livello attraverso eventi dedicati (es: convegno), durante i quali verranno illustrate gli obiettivi, l'offerta terapeutico/riabilitativa, le modalità di accesso/invio al fine di informare e coinvolgere tutti i professionisti che si rapportano ad adolescenti con difficoltà sul piano neuropsichiatrico. Sarà messo a disposizione, nel portale aziendale, un documento che illustrerà obiettivi, modalità di accesso, servizi offerti e contatti, a cui tutti i professionisti dell'ASST potranno accedere in qualunque momento. L'obiettivo sarà facilitare un avvio rapido ed efficace delle attività terapeutiche e riabilitative all'interno del CDT.

IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO

La creazione di un nuovo Centro Diurno Terapeutico potrà evitare alcuni ricoveri ospedalieri e in particolare riospedalizzazioni, considerando che la degenza in un reparto di Neuropsichiatria Infantile o in altri reparti non adatti può portare ad un peggioramento dello stato cognitivo, lo sviluppo di comportamenti regressivi e perdita di alcune autonomie, in particolare quelle della sfera sociale. Per questo motivo si è ipotizzata l'apertura del CDT in una sede identificata nella zona dell'ASST Santi Paolo e Carlo, in via Spaventa (Mi).

Aspetti strutturali

La struttura in oggetto, che potrà ospitare 10 pazienti al giorno, prevederà:

- sala d'attesa
- 1 studio medico
- 1 sala attività ricreativa comune
- 1 tisaneria/cucina
- 1 infermeria
- 2 stanza adibita per la psicoterapia
- 1 sala adibita per le attività di arte terapia.

Gli orari: Il Centro Diurno Terapeutico offrirà un'attività assistenziale dal lunedì al sabato, salvo festività e chiusura estiva. L'orario previsto dal lunedì al venerdì è dalle 10.00 alle 17.00.

Personale della struttura

L'équipe professionale è composta da:

- n.1 Neuropsichiatra Infantile
- n.1 consulente Neuropsichiatra Infantile per consulenze al bisogno per pazienti che presentano sintomatologia ascrivibile a Disturbi del Comportamento Alimentare
- n.2 psicologi: 1 specializzato in terapia cognitivo-comportamentale, 1 specializzato in terapia sistemica-familiare
- n.1 psicologo arte terapeuta
- n.2 terapisti della riabilitazione psichiatrica (TERP) (con turnazioni durante ogni singola giornata)
- n.2 educatori professionali
- n.1 infermiere (con turnazioni durante ogni singola giornata)
- n.1 operatori sociosanitari (OSS) (con turnazioni durante ogni singola giornata)

Strumenti di assessment e monitoraggio clinico dei pazienti

- HoNOS/HoNOSCA: la HoNOS è stata scelta come componente del Mental Health Minimum Data Set, l'insieme di dati registrati routinariamente dal sistema informativo psichiatrico inglese (1999) e come scala di riferimento nazionale per la valutazione di esito da parte del Ministero della Sanità australiano. La HoNOSCA (Health of the nation outcome scales for children and adolescents) è un adattamento per bambini ed adolescenti della scala HoNOS che valuta comportamenti distruttivi, antisociali o aggressivi; iperattività o difficoltà di attenzione o di concentrazione; gesti autolesivi non accidentali; uso di alcol o droghe; problemi di apprendimento o di linguaggio; malattie fisiche o disabilità fisiche; allucinazioni, deliri o percezioni anomale; sintomi somatici non organici; disturbi emotivi o altri tipi di disturbi; relazioni con i pari; cura di sé e autonomia; vita familiare e di relazione; frequenza della scuola.
- GAF: la scala di valutazione globale del funzionamento (GAF o VGF) è uno strumento che descrive la gravità del disturbo psichiatrico, indipendentemente dal tipo di malattia di base. Viene utilizzata dal medico per giudicare il comportamento del paziente durante un preciso arco di tempo in situazioni diverse: nei rapporti sociali, durante l'attività lavorativa, prevedendo, contemporaneamente, anche un'indagine sulle sue condizioni psicologiche. La scala VGF è di rapida compilazione, porta alla definizione di un punteggio da 0 a 100 che va dal valore di massima gravità del disturbo con completo deficit funzionale a quello di maggior funzionamento in tutte le aree con, quindi, disturbo psichico minimo.
- Scala del livello di Funzionamento della Personalità (Sezione III, DSM-5) e Inventario di Personalità per il DSM-5, versione breve a 25 item (PID-5-BF, Sezione III, DSM-5). Gli inventari di personalità per il DSM-5 sono dimensionali e quindi adatti anche a misurare anche i disturbi sotto-soglia o in evoluzione. Essi misurano i tratti di personalità non adattivi in cinque domini: Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo. Sono disponibili per gli adulti e per i soggetti sopra gli 11 anni. La versione breve è costituita da 25 item e la versione completa da 220 item. È disponibile anche una versione lunga (220 item) per gli informatori (genitori).
- La Clinical Global Impression (CGI): è uno strumento di monitoraggio clinico che nasce dalla necessità di standardizzare il parere del medico curante riguardo alla gravità complessiva del paziente ed al suo miglioramento clinico. È usata soprattutto nella ricerca clinica in campo psichiatrico. Valuta le condizioni psichiche globali considerando tre aree: gravità della malattia; miglioramento globale dei sintomi; efficacia dei farmaci rapportata ai loro effetti collaterali. All'inizio dello studio clinico, viene fatta un'analisi sulle condizioni della malattia prima di iniziare il trattamento, mentre ai tempi successivi, quando il trattamento è iniziato, se ne valuta l'eventuale miglioramento. Il terzo punto viene considerato quando è necessario stabilire il beneficio globale del trattamento, prendendo in esame anche la frequenza e l'entità degli effetti collaterali. La scala CGI, di rapida compilazione, è uno strumento utile nelle mani del medico per valutare lo stato globale del paziente e l'evoluzione clinica, in caso di monitoraggio.
- Le Matrici progressive di Raven: sono uno strumento che misurano l'intelligenza fluida. Furono pubblicate per la prima volta in Gran Bretagna nel 1938 da l'ideatore John Carlyle Raven. Le matrici di Raven hanno tre livelli di difficoltà: Matrici colorate (CPM) - Vengono utilizzate per valutare l'intelligenza dei bambini dai 4 ai 9/10 anni e di persone portatrici di handicap. Questo test ha soltanto le matrici A e B presenti nel test standard con un ulteriore test (AB) di 12 elementi. Quasi tutti gli elementi presenti nelle matrici sono colorati – per essere

maggiormente visibili - ad eccezione degli ultimi elementi della serie B, i quali vengono scritti con inchiostro nero su sfondo bianco. Matrici standard (SPM) - Queste sono le matrici progressive originali del 1938 utilizzate per gli adulti. Le PM38 sono composte da 5 serie ognuna suddivisa in 12 elementi scritti con inchiostro nero su sfondo bianco. Per risolvere il test è richiesta un'ottima abilità cognitiva. Matrici avanzate (APM) - Vengono utilizzate per cogliere i livelli di eccellenza. Le PM47 sono composte da 2 serie e 48 elementi: la prima contiene 12 elementi; la seconda 36. Gli elementi sono disegnati in nero su sfondo bianco. Questo test è piuttosto 'tosto' per adulti e adolescenti con un quoziente intellettivo medio.

- VINELAND ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES: Le Vineland-II, revisione delle Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland ABS- VABS), valutano il comportamento adattivo (CA), ossia le attività che l'individuo abitualmente svolge per rispondere alle attese di autonomia personale e responsabilità sociale proprie di persone di pari età e contesto culturale. Nello specifico, hanno l'obiettivo di misurare il CA nei domini Comunicazione, Abilità del vivere quotidiano, Socializzazione (in individui da 0 a 90 anni di età) e Abilità motorie (in individui da 0 a 7 anni e da 56 a 90 anni). La valutazione del CA è necessaria per la diagnosi del disturbo di disabilità intellettiva e, in accordo con il DSM-5, per la valutazione del livello di gravità del disturbo (vedi anche oltre).
- WISC-IV: La *WISC-IV* è lo strumento clinico per eccellenza somministrato individualmente, per valutare le capacità cognitive dei bambini di età compresa tra i 6 anni e 0 mesi e i 16 anni e 11 mesi. Con la *WISC-IV* si possono calcolare 5 punteggi composti: un *quoziente intellettivo totale (QIT)* per rappresentare le capacità cognitive complesse del bambino, e 4 punteggi aggiuntivi: *l'indice di Comprensione verbale (ICV)*, *l'Indice di Ragionamento percettivo (IPR)*, *l'Indice di Memoria di lavoro (IML)*, *l'Indice di Velocità di elaborazione (IVE)*.
- WAIS IV: La *Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition (WAIS-IV)* dà una valutazione complessiva delle capacità cognitive di adolescenti e adulti di età compresa tra 16 e 90 anni. Fornisce un punteggio totale di *QI*, rappresentativo dell'abilità intellettiva generale, e quattro punteggi composti, che misurano specifici domini cognitivi.
- TEST DI ATTENZIONE SOSTENUTA: test delle Campanelle modificato; TOL Il test Torre di Londra (TOL) valuta le abilità di decisione strategica e di problem solving in bambini dai 4 ai 13 anni; BIA: Batteria Italiana per l'ADHD: la BIA, Batteria Italiana per l'ADHD, offre una gamma di strumenti utili per la comprensione dei problemi specifici presentati da bambini disattenti e iperattivi e/o con difficoltà nei processi esecutivi, nel controllo della risposta, dell'attenzione e della memoria.
- NEPSY-II: La NEPSY-II è la batteria più nota a livello internazionale per valutare lo sviluppo neuropsicologico in età evolutiva. Composta da una batteria di più test, la NEPSY-II fornisce una valutazione neuropsicologica delle abilità cognitive di soggetti dai 3 ai 16 anni di età, in relazione a specifici domini cognitivi. Lo strumento permette sia una valutazione globale sia un'indagine mirata a uno o più domini, ed è in grado di accertare abilità cognitive o disturbi tipici generalmente diagnosticabili per la prima volta durante l'infanzia. La NEPSY-II consente perciò di effettuare una diagnosi accurata e di pianificare gli interventi necessari al recupero per la piena funzionalità a scuola e a casa. Il corso online analizza sia la struttura del test che i criteri di applicazione, grazie anche all'uso di casi clinici.
- CBCL: The Child Behavior Checklist (CBCL). La CBCL è parte del Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). È una checklist completa per i pazienti/genitori/insegnanti per

rilevare problemi emotivi e comportamentali nei bambini e negli adolescenti. La revisione 2001 del CBCL / 6--18, si compone di otto scale: Ansia, Depressione, Disturbi somatici, Problemi sociali, Disturbi del pensiero, Disturbi di attenzione, Comportamento aggressivo/trasgressivo. La revisione del 2001 ha inoltre aggiunto sei scale coerenti con il DSM-V: problemi affettivi, problemi di ansia, problemi somatici, ADHD, problemi oppositivo-provocatori, problemi di condotta.

- SCALE DI COMPORTAMENTO CONNERS: le Conners 3 indagano comportamenti psicopatologici o problematici di bambini e adolescenti, con una focalizzazione sull'ADHD e una valutazione ad ampio spettro di disturbi e/o difficoltà che possono verificarsi in comorbidità, come: problemi di condotta, di apprendimento, d'ansia, di depressione, familiari e sociali. Grazie alle informazioni fornite da genitori, insegnanti e ragazzi, si ottiene una panoramica generale delle difficoltà riscontrabili in molteplici aree di vita del bambino/adolescente. Rispetto alla precedente edizione è stato ampliato il range di età e sono state aggiunte 2 scale che indagano i due disturbi che più frequentemente si presentano in comorbidità con l'ADHD (disturbo della condotta e disturbo oppositivo provocatorio). Sono inoltre presenti item per valutare la compromissione del funzionamento e item di screening per l'ansia e la depressione.
- SRS: Social Responsiveness Scale La SRS è una scala di valutazione del comportamento sociale reciproco, della comunicazione e dei comportamenti ripetitivi e stereotipati caratteristici dei disturbi dello spettro autistico, in soggetti tra i 4 e i 18 anni.
- ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule): l'ADOS valuta quasi tutti i soggetti con sospetto di sindrome autistica, dai bambini che non parlano agli adulti senza disturbi nella verbalizzazione. L'ADOS è articolata in quattro moduli, ognuno costituito da un proprio protocollo contenente un elenco di attività. Il soggetto viene valutato attraverso un solo modulo a seconda della sua età cronologica e dello sviluppo linguistico.
 - Modulo 1: il focus dell'osservazione è rivolto all'uso divertente di giocattoli e di altri materiali particolarmente importanti per bambini che non usano una fraseologia coerente, con un'età di sviluppo di meno di 3 anni.
 - Modulo 2: le attività sono incentrate sull'uso ludico dei giocattoli e di altri materiali concreti che sono significativi per soggetti che hanno un linguaggio con frasi ma un livello espressivo minore di 4 anni.
 - Modulo 3: le attività si focalizzano su comportamenti sociali, comunicativi e linguistici importanti per la diagnosi di disturbi dello spettro autistico in bambini con linguaggio fluente e negli adolescenti.
 - Modulo 4: le attività si concentrano sui comportamenti sociali, comunicativi e linguistici importanti per la diagnosi di sindrome autistica e di altri disturbi dello spettro autistico in adolescenti e adulti verbalmente fluenti.

Caratteristiche chiave: osservazione di comportamenti in contesti standardizzati; occasioni sociali pianificate (*presses*) in cui un particolare tipo di comportamento è facilmente evidenziabile; sequenze socio-comunicative che uniscono situazioni strutturate e non; procedimenti e principi generali per la codifica simili ai modelli del DSM-IV e dell'ICD-10; impiego di criteri standardizzati che facilitano il confronto tra gli operatori.

- SAFA (Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti): La batteria SAFA, utilizzabile dagli 8 ai 18 anni, è uno strumento diagnostico di autosomministrazione, il

suo punto di forza consiste nell'essere un insieme coordinato di scale che esplorano un'ampia serie di sintomi e stati psichici nell'area dei disturbi internalizzanti. Le frasi degli item che compongono le SAFA sono adattate all'età del soggetto e per i più piccoli il numero degli item è lievemente ridotto. Questo favorisce l'affidabilità dello strumento in relazione all'età. Le scale sono somministrabili anche singolarmente. Inoltre, i criteri diagnostici sono compatibili con il DSM-5.

- DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale): è uno test usato per la valutazione delle difficoltà nella regolazione emotiva per la popolazione adulta. Lo strumento presenta buone proprietà psicometriche. Il punteggio totale correla positivamente con l'affettività negativa e negativamente con quella positiva. L'ansia di tratto è risultata associata al punteggio totale del DERS e alla scala Difficoltà nella distrazione, mentre la depressione correla con il totale e con le scale relative alla difficoltà di controllo degli impulsi e di accesso alle strategie di regolazione emotiva. In conclusione, il test può essere considerato uno strumento utile per misurare le strategie di regolazione emotiva.
- MASC 2 (Multidimensional Anxiety Scale for Children-Second Edition): questionario self-report somministrabile dagli 8 ai 19 anni e ai genitori, composto da 50 item, che consente di ottenere una stima dei sintomi dell'ansia correlati da due fonti diverse: il soggetto (attraverso il questionario self-report), che può sottostimare i propri sintomi, e i genitori. Si ottiene, così, una stima affidabile e valida della varianza associata al costrutto misurato.
- CDI (Children's Depression Inventory): Il CDI è una scala di autovalutazione della depressione somministrabile a soggetti dagli 8 ai 17 anni di età. Sotto forma di questionario, valuta un'ampia varietà di sintomi quali i disturbi dell'umore, della capacità di provare piacere, delle funzioni vegetative, della stima di sé e del comportamento sociale. Ciascuno dei 27 item di cui il test è composto prevede tre alternative di risposta che il soggetto è invitato a scegliere sulla base "delle idee e dei sentimenti avuti nelle ultime due settimane". Numerosi item indagano in modo specifico gli effetti della condizione depressiva in quei contesti che sono particolarmente rilevanti per il bambino o il ragazzo (ad esempio, la scuola).
- C-SSRS, scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio: questa scala classifica il grado di ideazione suicidaria di un individuo su una scala da uno a cinque, partendo da un "generico desiderio di morire" all'"ideazione suicidaria attiva con specifiche pianificazione ed intenzione di suicidio". Questa scala è anche in grado di identificare i comportamenti che potrebbero essere indicativi dell'intenzione di un individuo di commettere suicidio. Un individuo che presenti anche un solo singolo comportamento compreso nella scala di valutazione è da otto a dieci volte più a rischio di commettere suicidio.
- K-SADS-PL: è un'intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti. Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti. Viene somministrato da psicologi o neuropsichiatri infantili sia ai ragazzi che ai loro genitori, e consente di ottenere un punteggio complessivo che tiene conto di tutti i dati raccolti dalle varie fonti disponibili (familiari, bambini, insegnanti, pediatri, ecc.).
- MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory): è realizzato per diagnosticare i problemi sociali, di personalità e comportamentali nei pazienti psichiatrici. Questo test fornisce informazioni utilizzabili per la diagnosi e il trattamento del paziente
- Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) : realizzata per la valutazione del rischio suicidario

Broset Violence Checklist: per valutare e prevenire comportamenti aggressivi-violenti

Tecniche riabilitative

All'interno del CDT saranno proposti diverse tipologie di intervento terapeutico a scopo riabilitativo: terapia cognitivo-comportamentale, terapia familiare, terapia psicoeducativa e arte-terapia. Le tempistiche necessarie affinché un percorso di cura a stampo psicoeducativo e psicoterapeutico possano portare ad un beneficio in termini funzionali sono prolungate, per cui la scelta di adottare degli approcci riabilitativi che possano poi essere proseguiti sul territorio una volta dimessi dal servizio (CDT) permette di una maggiore continuità nei percorsi di cura, anche attraverso la selezione dell'approccio migliore per ogni singolo paziente, con un miglioramento delle compliance.

Tecniche riabilitative psichiatriche e neuropsichiatriche cognitivo-comportamentali

Di seguito vengono elencate le principali tecniche di riabilitazione psicoterapeutici e psicoeducativa, tra quelle *evidence based*, di possibile applicazione all'interno del costituendo servizio con alcune specifiche operative:

- Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT): il trattamento sarà strutturato con colloqui individuali del paziente con lo/la psicoterapeuta, della durata di 60 minuti, una sessione alla settimana, per un ciclo della durata di 12 mesi (eventualmente modulabile in base alle esigenze contingenti di ogni singolo paziente). La CBT risulta essere una degli approcci psicoterapeutici con maggiori evidenze nel trattamento di tutti i disturbi della sfera psichiatrica in età adolescenziale e spesso identificata come prima linea di trattamento associato o meno alla terapia farmacologica. Parallelamente potranno essere presi in considerazione trattamenti di gruppo in base all'omogeneità dei pazienti afferenti al servizio, con una sessione a settimana della durata di 45 minuti, con un ciclo di incontri per 12 mesi con il professionista psicoterapeuta.
- Terapia familiare: questa tipologia di approccio psicoterapeutico si concentra esplicitamente sulla modifica delle interazioni tra o tra i membri della famiglia e cerca di migliorare il funzionamento della famiglia come unità e/o il funzionamento dei singoli membri della famiglia. Per cui le sedute, della durata di 60 minuti, una volta a settimana, con il professionista psicoterapeuta, saranno rivolte sia al paziente che frequenta il CDT, sia ai familiari che compongono la rete di sostegno per la persona (es: genitore, fratelli, sorelle ecc.), con una frequenza variabile in base al bisogno individuato dall'equipe. La terapia familiare ha evidenze in letteratura per il trattamento dei disturbi dell'umore, disturbi del comportamento e nell'approccio a pazienti con alto rischio suicidario.
- Arte terapia: L'arte terapia è una forma di terapia espressiva che utilizza il processo creativo dell'arte per migliorare il benessere fisico, mentale ed emotivo delle persone. È basata sull'idea che l'arte e il processo creativo possono aiutare le persone a esprimere emozioni, esplorare sentimenti interiori, risolvere conflitti, migliorare l'autoconsapevolezza e ridurre lo stress. Il trattamento sarà effettuato due volte a settimana, in gruppo, per la durata di 60-90 minuti, con il professionista qualificato, che aiuterà i pazienti a esplorare le loro creazioni artistiche e a riflettere sui sentimenti e pensieri che emergono durante il processo creativo.

- Trattamento psicoeducativo: è un intervento terapeutico che combina elementi educativi e psicologici per aiutare i pazienti a comprendere e gestire meglio le proprie difficoltà emotive e comportamentali partendo dall'esperienza. Questo approccio mira a fornire informazioni, sia al paziente che ai familiari, abilità e strategie per affrontare le sfide personali, promuovendo al contempo la consapevolezza di sé e lo sviluppo delle competenze sociali. Il trattamento sarà effettuato da educatori professionali, con sedute monosettimanali della durata di 60-90 minuti, per un ciclo della durata di un anno. Gli incontri potranno essere sia con i singoli pazienti che in gruppo, in base alle caratteristiche e i bisogni di ognuno dei partecipanti.

Gestione del paziente

Per l'invio di un paziente presso il CDT vi sarà la necessità della presa in carico presso una UONPIA di competenze dell'ASST Santi Paolo Carlo. Qualora la segnalazione della necessità di aggancio presso il CDT arrivasse da altri servizi (es: medico di Pronto Soccorso, medico di reparto, medico di centro di secondo livello) vi sarà la necessità di effettuare un primo accesso presso la UONPIA di competenza territoriale che a quel punto invierà la richiesta di presa in carico riabilitativa presso il CDT. Le richieste saranno inviate tramite la compilazione di un format a cui il personale dipendente dell'ASST Santi Paolo Carlo avrà accesso sul portale comune, che dovrà essere inviato al neuropsichiatra di riferimento del CDT.

Durante il percorso riabilitativo presso il CDT l'equipe multidisciplinare si interfacerà periodicamente con il neuropsichiatra inviante della UONPIA territoriale di competenza per riferire in merito all'andamento clinico e programmare le dimissioni. Il personale del CDT potrà inoltre interfacciarsi con gli altri professionisti che hanno posto indicazione di percorso riabilitativo presso il centro (es: medico di reparto di degenza) per un raccordo rispetto alla situazione clinica della persona.

La dimissione del paziente avverrà sempre dopo discussione del caso clinico con NPI di riferimento, per garantire la continuità di cura e impostare il percorso post-dimissione, con eventuale coinvolgimento di altre figure professionali (es: educatore domiciliare, psicoterapeuta, assistente sociale).

La valutazione della presa in carico e, nel caso di un percorso riabilitativo, della dimissione sarà sempre accompagnata da un confronto il/i caregiver, che potrà essere coinvolto inoltre in percorsi riabilitativo/terapeutici nel caso l'equipe multidisciplinare individuasse delle necessità specifiche.

Indicatori

Si elencano nella tabella sottostante gli Indicatori di processo, di Realizzazione Finanziaria, di Output e di Outcome. L'implementazione di questi indicatori consente di monitorare l'andamento del centro diurno, garantendo che gli obiettivi di supporto e integrazione degli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici siano raggiunti in modo efficace e sostenibile.

Tabella 27. Indicatori

Tipi di indicatore	Cosa misurano	Possibili strumenti per raccolta del dato
Indicatori di realizzazione finanziaria	Indicano l'avanzamento della spesa prevista per la realizzazione dell'obiettivo o dell'intervento	<p><i>Percentuale di accessi/trattamenti su base annua per raggiungere il BEP</i></p> <p><i>Misura la capacità di impegnare le risorse finanziarie assegnate.</i></p> <p><i>Indica la capacità di spesa effettiva rispetto al budget disponibile.</i></p> <p><i>Valuta l'efficienza nella gestione delle spese non ancora pagate.</i></p>
Indicatori di processo	E' il volume dei prodotti e dei servizi erogati	<p><i>Numero di pazienti su base annua beneficiari dell'intervento</i></p> <p><i>Valutare la percentuale di utenti del Servizio Territoriale che accedono al CDT</i></p> <p><i>Valutare la percentuale di utenti Ospedalizzati che accedono al CDT</i></p> <p><i>Valutare la partecipazione degli utenti alle attività programmate (es. laboratori, terapie).</i></p> <p><i>Rilevazioni tramite questionari per misurare il grado di soddisfazione rispetto ai servizi offerti.</i></p>
Indicatori di risultato (output)	Rappresenta l'esito più immediato del programma di spesa	<p><i>Percentuale di prestazioni erogate</i></p> <p><i>Percentuale di drop out</i></p> <p><i>Percentuale di pazienti con improvement cognitivo</i></p> <p><i>Percentuale di utenti che partecipano attivamente alle attività programmate.</i></p> <p><i>Valutazioni qualitative come il tempo medio di attesa per l'accesso ai servizi o il livello di gradimento del servizio, misurato tramite sondaggi</i></p>
Indicatori di impatto (outcome)	Esprimono l'impatto a lungo termine che il programma di spesa, insieme ad altri enti e a fattori esterni, produce sulla collettività e sull'ambiente.	<p><i>Percentuale di revolving door</i></p> <p><i>Percentuale di ricoveri ospedalieri</i></p> <p><i>Percentuale studenti che completano il percorso scolastico</i></p> <p><i>Percentuale di riduzione del consumo di Farmaci</i></p> <p><i>Percentuale di riduzione di sostanze di abuso</i></p> <p><i>Misurazione delle competenze acquisite dagli utenti, come la capacità di svolgere compiti scolastici o gestire relazioni interpersonali.</i></p>

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Tabella . Costi personale sanitario

Numero		ore/anno	costo/anno
1	NEUROPSICHIATRA per DCA	104	5.139,68
2	PERS. RIABIL. EDUCATORE PROF.	1.820	33.542,60
2	PERS. RIABIL. PSICHIATRICA	1.820	34.507,20
1	PERS. INFERM. – INFERMIERE	1.040	27.693,12
1	OSS.	1.040	15.631,17
2	PSICOLOGO	1.300	55.055,00
1	NEUROPSICHIATRA	416	20.558,72
1	PSICOLOGO-ARTE TERAPEUTA	1.300	55.055,00
			289.533,89

Si sono calcolati innanzi tutto i costi relativi al personale dipendente che deve occuparsi delle problematiche e dei pazienti per garantire la presa in carico. I due neuropsichiatri e lo psicologo-arterapeuta sono già in carico al servizio di neuropsichiatria infantile pertanto non rientrano nel personale da assumere per l'implementazione de centro diurno.

Tabelle Altri costi non sanitari

Pulizia Centro Diurno			
costo/giornata		costo/anno	
Pulizia di 134,75mq	477,02 €	Pulizia di 134,75mq	124.023,90 €

Altri costi e utenze (riscaldamento, smaltimento rifiuti, elettricità, acqua, gas, combustibile, utenze telefoniche)	costo/anno per 10pl	
	Utenze	15.330,00 €

Mensa Centro Diurno			
costo/giornata		costo/anno	
Servizio mensa	30,77 €	Servizio mensa	8.000,00 €

Affitto locali Centro Diurno			
costo/mensile		costo/anno	
Affitto	Da definire	Affitto	Da definire

Così come si sono calcolati anche gli altri costi fissi sulla scorta del numero di posti necessari per garantire le attività proposte.

26. Analisi Costi-Ricavi

CENTRO DIURNO	COSTI ANNO
VALORE DELLA PRODUZIONE	
Contributo regionale calcolato su un numero di 10 pazienti al giorno	290.000,00
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	290.00,00
COSTI PERSONALE	
n. 2 PERS. RIABIL. EDUCATORE PROF.	67.085,20
n. 2 PERS. RIABIL. PSICHIATRICA	69014,40
n. 1 INFERMIERE	27.693,12
n. 1 OSS.	15.631,17
n.2 PSICOLOGO	110.110,00
n.1 NEUROPSICHIATRA	In carico al servizio NPI
n. 1 NEUROPSICHIATRA PER DCA	In carico al servizio NPI
PSICOLOGO n2ARTE TERAPEUTA	In carico al servizio NPI
COSTI PERSONALE TOTALE	289.533,89
SERVIZI NON SANITARI	
AFFITTO	DA DEFINIRE
PULIZIA	124.026,90
UTENZE (ACQUA, LUCE, RISCALAMENTO, ETC)	15.330,00
ALTRI COSTI	8.000,00
SERVIZI NON SANITARI TOTALE	147.359,90
COSTO DI AVVIAMENTO	
Costi per la ristrutturazione degli spazi per soddisfare le normative sanitarie e di sicurezza	DA DEFINIRE
Investimenti in mobili, attrezzature terapeutiche e didattiche	DA DEFINIRE
AMMORTAMENTI TOTALE	
TOTALE COSTI DI PRODUZIONE	-146.893,70

COSTI CESSANTI	
Riduzione del 50% numero di ricoveri ospedalieri e delle riammissioni ospedaliere e bad blocker	268.197,50
Riduzione giorni di ricovero ospedaliero su una media di 20 giorni di degenza	107.279,00
Riduzione del numero di accessi in PS	Da definire
Recupero giorni di lavoro persi dal caregiver	Da definire
Totale costi cessanti	375.474,50

Nella valutazione del conto economico abbiamo considerato che alcuni costi di avviamento quali ristrutturazione della struttura individuata e gli investimenti in mobili, attrezzature terapeutiche e didattiche rappresentano dei costi durevoli, pertanto non rientreranno nel conto economico degli anni successivi. Abbiamo inoltre effettuato una valutazione dei costi cessanti che tengono conto dell'impatto economico sul SSN. La stima dei costi cessanti legati all'attivazione di un centro diurno per adolescenti con disturbi neuropsichiatrici rispetto ai ricoveri ospedalieri può variare in base a diversi fattori, come il tipo di disturbi trattati, l'efficacia del centro e le caratteristiche del sistema sanitario locale. Tuttavia, diversi studi e analisi comparative evidenziano una riduzione significativa dei costi sanitari complessivi grazie a strutture alternative come i centri diurni.

1. Riduzione dei ricoveri ospedalieri:

Il risparmio stimato va dal 30% al 70% rispetto ai costi di un ricovero ospedaliero tradizionale.

I ricoveri ospedalieri hanno costi elevati a causa delle spese per il personale medico, i farmaci, la sorveglianza e le attrezzature specialistiche, un centro diurno offre un'alternativa meno costosa, riducendo la necessità di ricoveri prolungati e intensivi per molti adolescenti con disturbi neuropsichiatrici stabilizzati.

2. Diminuzione delle ospedalizzazioni ripetute:

Si stima una riduzione del 40%-60% delle riammissioni. Gli adolescenti che ricevono un trattamento continuativo in un centro diurno hanno meno probabilità di richiedere ospedalizzazioni ripetute per crisi acute, grazie al monitoraggio costante e al supporto terapeutico.

3. Riduzione delle giornate di degenza ospedaliere:

La riduzione stimata va dal 20% al 50% dei giorni di degenza. Un centro diurno può facilitare la dimissione precoce di pazienti che richiedono ancora assistenza, ma non necessitano più di un ricovero ospedaliero a tempo pieno. Questo contribuisce a una riduzione significativa delle giornate di degenza.

4. Costi dei trattamenti:

Il risparmio stimato va dal 30% al 50% sui costi complessivi dei trattamenti. I centri diurni utilizzano approcci terapeutici multidisciplinari (psicoterapia, attività educative, riabilitazione), riducendo la necessità di interventi farmaceutici pesanti e costosi. Inoltre, evitano la necessità di cure ospedaliere a lungo termine, che sono particolarmente dispendiose.

Nella valutazione dei costi cessanti si è tenuto conto del costo medio, calcolato sulla base dei DRG, dei ricoveri per patologie neuropsichiatriche pari a 1.650,45 euro e del numero di giorni di ricovero per questa tipologia di pazienti che varia da 20 a 30 giorni. Se prendiamo in considerazione la realtà della Neuropsichiatria infantile dell'ASST Santi Paolo e Carlo, nel 2023 sono stati effettuati circa 324 ricoveri con un DRG totale di 536.395,00 euro. Se il centro diurno portasse ad una riduzione del 50% dei ricoveri, delle riammissioni ospedaliere e dei bad blocker avremmo un risparmio di circa 268.197,50 euro. La riduzione del numero giorni di degenza pari al 20% comporta un risparmio sulla spesa

sanitaria che nel nostro caso su 324 ricoveri l'anno sarebbe pari a 107.279,00 euro. Questo dato non tiene conto della riduzione degli accessi in pronto soccorso e del recupero dei giorni di lavoro persi dal caregiver.

I centri diurni possono ridurre i costi complessivi di gestione dei disturbi neuropsichiatrici fino al 50% rispetto ai ricoveri ospedalieri, soprattutto grazie alla prevenzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni ripetute, pur garantendo un intervento terapeutico continuo e strutturato. La riduzione del numero di ricoveri e dei giorni di ricovero rappresenta un costo cessante rilevante oltre a rappresentare una riduzione del carico di lavoro per le ASST.

RISULTATI ATTESI

Tra i vantaggi di questo modello possiamo ipotizzare quelli di seguito descritti:

- espansione della rete dei servizi sociosanitari,
- diminuzione del periodo di degenza per la fase acuta con un ricambio più rapido dei posti letto, si stima una riduzione del numero giorni di degenza pari al 20%,
- diminuzione delle riospedalizzazioni nei reparti di Neuropsichiatria Infantile,
- diminuzione dei ricoveri per acuzie neuropsichiatriche in reparti non idonei (es: pediatria, psichiatria),
- -diversi studi e analisi comparative evidenziano una riduzione significativa dei costi sanitari in particolare si stima una riduzione di circa il 50% dei ricoveri, delle riammissioni ospedaliere e dei bad blocker,
- ristrutturazione del tempo complessivo di degenza (fase acuta + fase subacuta diurna) per garantire una migliore stabilizzazione del quadro clinico,
- utilizzo più efficiente del tempo di ricovero nelle due strutture, quella dedicata alla fase acuta e quella per la fase subacuta, grazie a una missione specifica e diversificata che minimizza i tempi "morti" legati all'attesa della completa stabilizzazione del quadro clinico,
- presa in carico precoce e tempestiva del paziente adolescente con patologie neuropsichiatriche,
- Si stima inoltre una riduzione di circa 30% sui costi complessivi dei trattamenti. I centri diurni utilizzano approcci terapeutici multidisciplinari (psicoterapia, attività educative, riabilitazione), riducendo la necessità di interventi farmaceutici pesanti e costosi,
- diminuzione delle liste d'attesa nei servizi secondari, con minor rischio di aggravamento del quadro clinico con prevenzione dell'aumento dell'intensità delle cure,
- avvio tempestivo del trattamento riabilitativo, integrato con la terapia farmacologica, con potenziale riduzione del danno terziario,
- più stretta collaborazione sia con il servizio inviante che con i successivi servizi territoriali e/o riabilitativi responsabili della prosecuzione del trattamento del paziente, garantendo così la continuità delle cure,
- un più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse dell'ASST.

CONCLUSIONI

Il Centro Diurno Terapeutico porterà all'implementazione della rete di servizi per la salute mentale degli adolescenti, permettendo il trattamento tempestivo delle acuzie e sub-acuzie psichiatriche, evitando cronicizzazioni, ricoveri ed accessi in pronto soccorso impropri. Garantirà una presa in carico globale e continuativa, al fine di migliorare la qualità di vita dei minori e delle famiglie, favorendo il potenziamento delle risorse di resilienza.

Il tutto all'interno di una rete socio-sanitaria che coinvolgerà i diversi stakeholder dell'Unità Operativa dell'ASST, sia verticalmente tra regione e ATS Città Metropolitana, sia con gli altri attori con i quali risulta obbligatorio interfacciarsi, quali comune di Milano, Tribunale dei Minori, agenzie psicoeducative del terzo settore e con le altre ASST della città metropolitana di Milano.

La proposta organizzativa relativa al progetto presenta elementi di forza, opportunità e di criticità che abbiamo analizzato mediante la tecnica della SWOT Analysis.

CONTRIBUTO PERSONALE

I tre autori hanno collaborato congiuntamente per redigere le sezioni generali e per l'analisi economica del progetto, mentre le parti cliniche specialistiche sono state sviluppate in base alle rispettive competenze. Attualmente, il progetto è in fase di elaborazione e sarà presentato a ottobre 2024.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Determinazioni in merito alle modalità di attuazione sul territorio regionale delle “linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)” ai sensi dell’accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, repertoriato agli atti con n. 60/CSR del 25 marzo 2015 - D.g.r. 18 aprile 2016 – n.X/5059

Legge Regionale 11 agosto 2015 , n. 23 Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità)

Linee guida nazionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO Atti del 25 marzo 2015

Regolamento di attuazione delle disposizioni di cui al Titolo VIII, Capo II, della l.r. 33/2009 recante norme relative alla tutela degli animali di affezione e prevenzione randagismo, capo VI “Accesso di animali d’affezione alle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate - Regolamento Regionale 13 aprile 2017, n. 2

BIBLIOGRAFIA

Chadi N, Spinoso-Di Piano C, Osmanlliu E, Gravel J, Drouin O. Mental Health-Related Emergency Department Visits in Adolescents Before and During the COVID-19 Pandemic: A Multicentric Retrospective Study. *J Adolesc Health*. 2021 Nov;69(5):847-850. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.07.036. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34462192; PMCID: PMC8421028.

Drake R., Husain N., Marshall M. et al. Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jul;7(7):602-610. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30147-4.

Wang S, Li Q, Lu J, Ran H, Che Y, Fang D, Liang X, Sun H, Chen L, Peng J, Shi Y, Xiao Y. Treatment Rates for Mental Disorders Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2023 Oct 2;6(10):e2338174. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.38174. PMID: 37851443; PMCID: PMC10585417.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

Mulder CL, Ruud T, Bahler M, Kroon H, Priebe S. The availability and quality across Europe of outpatient care for difficult-to-engage patients with severe mental illness: a survey among experts. *Int J Soc Psychiatry*. 2014 May;60(3):304-10. doi: 10.1177/0020764013485941. Epub 2013 May 15. PMID: 23680763.

Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Aug;47(8):921-9. doi: 10.1097/CHI.0b013e318179964f. PMID: 18645422.

Castelpietra G, Knudsen AKS, Agardh EE, Armocida B, Beghi M, Iburg KM, Logroscino G, Ma R, Starace F, Steel N, Addolorato G, Andrei CL, Andrei T, Ayuso-Mateos JL, Banach M, Bärnighausen TW, Barone-Adesi F, Bhagavathula AS, Carvalho F, Carvalho M, Chandan JS, Chattu VK, Couto RAS, Cruz-Martins N, Dargan PI, Deuba K, da Silva DD, Fagbamigbe AF, Fernandes E, Ferrara P, Fischer F, Gaal PA, Gialluisi A, Haagsma JA, Haro JM, Hasan MT, Hasan SS, Hostiuc S, Iacoviello L, Iavicoli I, Jamshidi E, Jonas JB, Joo T, Jozwiak JJ, Katikireddi SV, Kauppila JH, Khan MAB, Kisa A, Kisa S, Kivimäki M, Koly KN, Koyanagi A, Kumar M, Lallukka T, Langguth B, Ledda C, Lee PH, Lega I, Linehan C, Loureiro JA, Madureira-Carvalho AM, Martinez-Raga J, Mathur MR, McGrath JJ, Mechili EA, Mentis AA, Mestrovic T, Miazgowski B, Mirica A, Mirijello A, Moazen B, Mohammed S, Mulita F, Nagel G, Negoj I, Negoj RI, Nwatah VE, Padron-Monedero A, Panda-Jonas S, Pardhan S, Pasovic M, Patel J, Petcu IR, Pinheiro M, Pollok RCG, Postma MJ, Rawaf DL, Rawaf S, Romero-Rodríguez E, Ronfani L, Sagoe D, Sanmarchi F, Schaub MP, Sharew NT, Shiri R, Shokraneh F, Sigfusdottir ID, Silva JP, Silva R, Socea B, Szócska M, Tabarés-Seisdedos R, Torrado M, Tovani-Palone MR, Vasankari TJ, Veroux M, Viner RM, Werdecker A, Winkler AS, Hay SI, Ferrari AJ, Naghavi M, Allebeck P, Monasta L. The burden of mental disorders, substance use disorders and self-

harm among young people in Europe, 1990-2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Reg Health Eur.* 2022 Apr 1;16:100341. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100341. PMID: 35392452; PMCID: PMC8980870.

Kim S, Hwang J, Lee JH, Park J, Kim HJ, Son Y, Oh H, Smith L, Kang J, Fond G, Boyer L, Rahmati M, Tully MA, Pizzol D, Udeh R, Lee J, Lee H, Lee S, Yon DK. Psychosocial alterations during the COVID-19 pandemic and the global burden of anxiety and major depressive disorders in adolescents, 1990-2021: challenges in mental health amid socioeconomic disparities. *World J Pediatr.* 2024 Aug 20. doi: 10.1007/s12519-024-00837-8. Epub ahead of print. PMID: 39162949.

Bozzola E, Ferrara P, Spina G, Villani A, Roversi M, Raponi M, Corsello G, Staiano A; Italian Pediatric COVID-19 Board. The pandemic within the pandemic: the surge of neuropsychological disorders in Italian children during the COVID-19 era. *Ital J Pediatr.* 2022 Jul 27;48(1):126. doi: 10.1186/s13052-022-01324-4. PMID: 35897109; PMCID: PMC9326438.

SITOGRAFIA

Unicef.org: "The State of Children in the European Union 2024"

Ec.europa.eu: "Deaths by suicide down by almost 14% in a decade"

Who.int: "WHO Regional Office for Europe: Factsheet for World Mental Health Day, 2013"

Comune.milano.it: "Popolazione residente"