



# SINPIA

Società Italiana di Neuropsichiatria  
dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Ill.mo Ministro della Salute  
On. Beatrice Lorenzin  
Lungotevere Ripa 1, 00153 Roma  
[segreteriaministro@sanita.it](mailto:segreteriaministro@sanita.it)

Milano, 19 marzo 2014

**Oggetto:** standard per le UOC di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Gentilissimo Ministro Lorenzin,

nel ringraziarLa dell'attenzione e sensibilità mostrata dal Suo Ministero nell'ambito dell'incontro dell'11 marzo us presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, avvenuto a seguito della nostra nota che evidenziava le gravi conseguenze per la salute mentale dei fanciulli che avrebbe avuto l'applicazione degli standard previsti dal Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 Dicembre 2004 n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 Luglio 2012 n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012 n. 135", siamo ad allegare alla presente un documento integrativo che consente di meglio approfondire e documentare quanto già esposto.

Nella speranza di poterci al più presto incontrare per poterLe illustrare in maggior dettaglio i bisogni dei piccoli con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, siamo a porgerLe i nostri più cordali saluti.

Prof Bernardo Dalla Bernardina

*Presidente,  
Società Italiana di Neuropsichiatria  
dell'Infanzia e dell'Adolescenza*

**DOCUMENTO SINPIA AL MINISTRO DELLA SALUTE RELATIVAMENTE ALLA BOZZA DI  
REGOLAMENTO DEGLI STANDARD DI ASSISTENZA OSPEDALIERA  
Marzo 2014**

**I disturbi neuropsichici del bambino e dell'adolescente, la prevenzione la diagnosi e la cura ed il modello della rete italiana dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**

Infanzia e adolescenza sono momenti cruciali per la costruzione di una buona salute del corpo e della mente che caratterizzerà poi tutta la vita dell'individuo, oggi sempre più lunga. Molte sono le patologie che possono compromettere questo processo, con una progressiva trasformazione nell'epidemiologia delle malattie pediatriche da malattie acute ed infettive in malattie croniche, anche se con periodiche riacutizzazioni<sup>1</sup>.

**la salute mentale  
si costruisce  
nell'infanzia**

La maggior parte delle malattie croniche dell'età evolutiva interessano il Sistema Nervoso Centrale. I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono infatti estremamente frequenti: coinvolgono complessivamente tra il 10 ed il 20% della popolazione infantile e adolescenziale<sup>2</sup>, con disturbi molto diversi tra loro che vanno dall'autismo all'epilessia, dalla depressione al disturbo del linguaggio, dalla dislessia alla disabilità intellettiva, dalle paralisi cerebrali infantili alle sindromi genetiche rare, dalle malattie neurodegenerative a quelle neuromuscolari e molte altre. La prevalenza è assai variabile nella letteratura internazionale (4-17 %), a secondo delle metodologie di rilevazione, che in alcuni casi sottostimano il fenomeno non riuscendo ad intercettare le situazioni lievi, ed in altri lo sovrastimano per la frequente coesistenza di più patologie nello stesso soggetto (30% dei casi), che viene così contato più volte. Assai più stabili nelle diverse fasce di età e nelle diverse popolazioni risultano invece i dati relativi alla fascia intermedia di gravità (2-2,5 %, corrispondenti a 220-270.000 ragazzi e famiglie in Italia) e agli utenti che presentano problematiche multiple, gravi e complesse e limitazioni significative delle autonomie (0,5 %, corrispondente a poco più di 50.000 utenti e famiglie), assai rilevanti per la programmazione sanitaria ed assistenziale<sup>3</sup>.

**i disturbi neuropsichici  
colpiscono  
1 bambino su 5**

**Oltre 50.000 bambini in Italia  
hanno disturbi  
multipli, gravi e complessi**

Le patologie psichiatriche, neurologiche e l'abuso di sostanze rappresentano oggi il 13% del *global burden of disease* dell'intera popolazione<sup>4</sup>, con un peso maggiore delle malattie cardiovascolari, e più del 50% dei disturbi neuropsichici dell'adulto ha un esordio in età evolutiva o è comunque dovuto a eventi morbosi insorti anche molti anni prima della manifestazione del disturbo conclamato. Nella maggior parte dei disturbi considerati, un trattamento precoce e tempestivo in età evolutiva può cambiare la storia naturale della malattia o prevenire numerose sequele, evitando un decorso cronico ed invalidante. Per questa ragione, negli USA è stato avviato il *National Children's Study*<sup>5</sup> per identificare i precursori pediatrici delle malattie dell'adulto e gli interventi capaci di migliorare la salute collettiva a lungo termine. A questo mirano anche il *Piano Nazionale della Prevenzione* ed il *Programma Guadagnare Salute*.

**i disturbi NPIA pesano  
sulla salute collettiva  
più delle malattie  
cardiovascolari**

**trattamenti  
tempestivi e appropriati  
cambiano il decorso**

Affrontare le malattie croniche e multiproblematiche dell'età evolutiva richiede un modello assistenziale integrato tra Ospedale e Territorio, nell'ambito di una rete specialistica dedicata, che eroghi interventi complessi ed in continua trasformazione alla luce dei rapidi cambiamenti nelle neuroscienze e della Evidence Based Medicine. Nei disturbi neuropsichici come e più ancora che in altri è vero quanto riportato nella letteratura scientifica, e cioè che non vi è salute senza ricerca "*No Health*

**rete specialistica di NPIA  
tra ospedale e territorio**

**interventi complessi in  
continua trasformazione  
in base alle evidenze  
scientifiche**

<sup>1</sup> Stroll et al: The Transformation of Child Health Research. JAMA 2013, 309:1779

<sup>2</sup> Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. J Child Psychol Psychiatry 2008; 49: 226-36

<sup>3</sup> Quaderni Ministero della Salute, 8, 2011, 74-79

<sup>4</sup> World Health Organization, 2008 The Global Burden of Disease. 2004 Update. World Health Organization, Geneva

<sup>5</sup> [www.nationalchildrenstudy.gov](http://www.nationalchildrenstudy.gov)

*without Research*<sup>6</sup>.

Il modello italiano di intervento nei disturbi neuropsichici è appunto il modello assistenziale ospedale-territorio della rete specialistica dei servizi di Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza (NPIA), che è stata anticipatoria rispetto alle reti poi costruite o proposte per altre patologie croniche del bambino e dell'adulto. Elemento cruciale è la stretta integrazione tra UO di NPI senza posti letto (radicate tra territorio e ospedale e in rete con le strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche), UO ospedaliere di II° livello con un numero limitato di posti letto (essenziali per gestire i momenti di acuzie, le fasi iniziali di esordio della malattia e le fasi di riacutizzazione), e pochissimi Centri di altissima specializzazione a proiezione nazionale, per lo più IRCCS, essenziali per patologie di particolare rarità o complessità, come uniche strutture in grado di gestire in appropriatezza i protocolli diagnostici e terapeutici più innovativi.

La componente territoriale, a elevata integrazione con le componenti educative e sociali oltre che con quelle ospedaliere, rappresenta da sempre il fulcro organizzativo della rete e la sede principale per la riabilitazione e la presa in carico di lungo periodo degli utenti, nella costante attenzione ad evitare istituzionalizzazioni e ricoveri, con risultati molto positivi in termini di costo-efficacia. A tutti i livelli, il neuropsichiatra infantile si integra con molti altri specialisti, medici e di altre professioni, ma costituisce in ogni caso il "case manager" del bambino e dell'adolescente con disturbo neuropsichico complesso.

**UO senza posti letto  
UO con posti letto  
Centri nazionali di  
riferimento**

**la rete per evitare  
ricoveri inappropriati  
e gestire  
in modo integrato  
il percorso del paziente  
e della sua famiglia**

### **Le criticità attuali della rete e le possibili conseguenze dell'applicazione della bozza di regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera**

Nell'ambito dei servizi per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, l'Italia ha quindi ottimi modelli e buone normative (unico paese al mondo che mantiene integrate neurologia, psichiatria, neuropsicologia e riabilitazione dell'età evolutiva, nell'ottica che bisogna guardare al bambino nel suo insieme e che le disabilità vanno trattate come problemi dello sviluppo mentale e non come disturbi di singole funzioni; scarsissima ospedalizzazione ecc.). Le normative non sono però sempre applicate e vi sono ampie disuguaglianze intra e inter-regionali. A fronte di Regioni nelle quali è stato creato negli anni un adeguato sistema di servizi di NPIA ed è sostanzialmente garantita ai bambini ed alle famiglie la presa in carico e la terapia, ve ne sono molte altre nelle quali mancano le strutture, in particolare i reparti per i ricoveri e le strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche, nonché a volte anche gli stessi servizi territoriali e/o il personale, o non sono comunque previste tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi terapeutici.

**ottimi modelli e normative**

**ampie disuguaglianze  
interregionali**

In particolare per quanto riguarda il ricovero, a differenza di quanto avvenuto per altre discipline, si è già determinato negli anni un significativo sottodimensionamento del numero di letti di ricovero ordinario per gli utenti con disturbi neuropsichici in età evolutiva, sia a livello nazionale che regionale, sia sul versante dei disturbi psichiatrici, acuti e non acuti, che dei disturbi neurologici, della disabilità complessa e delle malattie rare. Si è erroneamente detto in alcune situazioni che si possa fare a meno dei posti di ricovero ospedaliero per le patologie neuropsichiche, o che si possano sempre utilizzare letti di specialità diverse dalla NPIA. Esistono invece moltissime situazioni nelle quali il ricovero ordinario, generalmente breve, è indispensabile per fini diagnostici e/o terapeutici e richiede competenze specialistiche che possono essere gestite solo nell'ambito di reparti NPIA.

**garantire l'accesso a cure  
appropriate**

<sup>6</sup> Tooke & Wass Nurturing Tomorrow's Scientists. The Lancet 381, 27, 2013

Ricordiamo solo le principali:

- i quadri neurologici acuti, inclusa l'epilessia nelle sue forme di maggiore gravità
- le malattie genetiche rare con interessamento del sistema nervoso, nelle loro frequenti fasi di instabilità clinica.
- le malattie neurodegenerative e neuromuscolari, nella diagnosi e nel follow-up.
- i disturbi psichiatrici nei quali siano presenti gravi problemi comportamentali che comportano un rischio per sé e per gli altri e che non siano gestibili al di fuori di un ambiente protetto (tentati suicidi, agitazione psicomotoria, aggressività etero diretta ecc).
- i gravi disturbi del comportamento alimentare (in particolare anoressia).
- disturbi comportamentali gravi nella disabilità (crisi di agitazione nei disturbi dello spettro autistico ecc).
- le patologie neuropsichiche nelle quali sia indispensabile un wash out farmacologico e/o uno stretto monitoraggio nell'avvio o nel proseguimento della terapia farmacologica (psichiatrica o neurologica).
- le prime diagnosi di disturbo neuropsichico nel bambino piccolissimo, per definire eziologia e complessità ai fini di iniziare un intervento precoce e mirato, sfruttando l'enorme plasticità del sistema nervoso indicata da tutte le ricerche in neuroscienze.
- le terapie innovative farmacologiche e di medicina rigenerativa, attraverso specifici Clinical Trial Center.

**quando il ricovero diventa indispensabile**

In tali situazioni, il ritardo nella diagnosi e la presa in carico inappropriata determinano un significativo peggioramento della condizione in atto e della prognosi a medio e a lungo termine, con un maggior rischio di cronicizzazione e di maggiori costi sociali ed economici sia nel breve che nel lungo periodo. Il bisogno di ricovero in NPIA è inoltre aumentato negli ultimi anni, sia per l'aumentata sopravvivenza di utenti con disabilità complesse e per la loro sempre maggiore dipendenza da tecnologia, sia per la maggiore gravosità dei disturbi psichiatrici e la minore capacità di gestione dei comportamenti dirompenti da parte della famiglia e della società.

**Prevenire attraverso il ricovero, in appropriatezza, maggiori costi sociali ed economici**

Oltre alle patologie neurologiche gravi e complesse, sono infatti le acuzie psichiatriche ad essere in aumento in tutto il mondo. Negli USA, nel 1966 le emergenze psichiatriche rappresentavano lo 0.6% delle cause di accesso in PS nella popolazione in età pediatrica<sup>7</sup>; nel 2009 la percentuale era aumentata di 10 volte<sup>8,9</sup>. In uno studio americano recentissimo<sup>10</sup> si riporta che circa il 10% delle ospedalizzazioni di bambini di più di 3 anni sono dovute a disturbi psichici (depressione, disturbi bipolari, psicosi ed altri).

**quadri neurologici complessi e acuzie psichiatriche in aumento**

**10% dei ricoveri del bambino sono per disturbi psichici**

In Regione Lombardia, l'aumento di ricoveri per patologia psichiatrica in età evolutiva è stato del 64% dal 2001 al 2008, mentre nella città di Milano il numero di ricoveri di minori con diagnosi psichiatrica è quasi triplicato dal 2008 al 2011, ed il 30% di essi è avvenuto in urgenza<sup>11</sup>.

**solo 336 letti di RO in NPIA**

**diminuzione del 35% dal 2008**

**7 regioni senza posti letto**

**1 ragazzo su 3 in reparti non adatti**

A fronte di bisogni in aumento, i posti letto in Italia per ricovero ordinario di neuropsichiatria infantile sono passati dai 512 del 2008 ai 336 del 2012, con una diminuzione del 35% in 4 anni. Vi è anche una distribuzione non omogenea tra le diverse regioni: 7 regioni non hanno alcun posto letto di ricovero ordinario, e circa il 20% dei posti esistenti sono collocati in Regione Lombardia. Dal 2008 al 2013, dei 336 letti di RO citati, quelli effettivamente disponibili per acuzie psichiatriche nei soggetti 12-17 anni sono stati meno di 80<sup>12</sup>.

<sup>7</sup>Schwalter JE, Solnit AJ. Child psychiatry consultation in a general hospital emergency room. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1966;5:534-551

<sup>8</sup>Huffman LC, Wang NE, Saynina O, Wren FJ, Wise PH, Horwitz SM. Predictors of hospitalization after an emergency department visit for California youths with psychiatric disorders. Psychiatr Serv. 2012 Sep 1;63(9):896-905. doi: 10.1176/appi.ps.201000482.

<sup>9</sup>Blader JC. Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. Archives of General Psychiatry 2011, 68(12):1276-1283

<sup>10</sup>Bardach et al, Common and costly hospitalizations for pediatric mental health disorders. Pediatrics, 2014, 133:602-609.

<sup>11</sup>Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari ASL Milano- anno 2012

<sup>12</sup>Progetto CCM "Il disturbo mentale in adolescenza. La comparsa del bisogno, i percorsi del disturbo" Calderoni D, Ferrara M, Sarti MI, et al. "More with

Se il tasso di posti letto italiano per adulti con disturbi psichiatrici è 1/3 di quello inglese, il tasso di posti letto per l'età evolutiva italiano è addirittura 1/10 dell'equivalente inglese<sup>13</sup>, che a sua volta è meno di 1/10 dello standard USA<sup>14</sup>.

**solo 1 letto in Italia  
ogni 10 letti in UK  
e ogni 100 in USA**

Di conseguenza, tra il 2001 e il 2006 a livello nazionale solo il 39,1% degli utenti di età 0-11 e il 30,2% degli utenti di età 12-17 con disturbi psichiatrici sono stati ricoverati in strutture di neuropsichiatria infantile. I restanti (circa il 70%) sono stati ricoverati in reparti di pediatria, neurologia, psichiatria o medicina interna.

A fronte quindi di una situazione nazionale e regionale già drammatica per i ricoveri per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, in cui solo 1 utente su 3 riesce a trovare accoglienza in reparto di NPIA<sup>15</sup>, tanto da essere ripetutamente segnalata in tutti i contesti istituzionali<sup>16</sup>, nel decreto vengono ipotizzati standard che portano al dimezzamento delle strutture complesse e del numero di posti letto.

**con il Regolamento:  
dimezzamento delle UOC e  
dei posti letto**

Oltre che drammatica per l'utenza, sul piano formativo l'applicazione del Regolamento renderebbe inoltre impossibile garantire i livelli minimi di attività previsti per la Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dipendendo un patrimonio formativo prezioso per la sopravvivenza di una rete specialistica di cui il nostro paese deve essere fiero.

**impossibilità a garantire  
gli standard formativi  
per la specialità**

## **Le richieste di modifica al Regolamento da parte della SINPIA**

### **Articolo 1, punto 3 comma c, riga 7**

Tra i posti letto per i quali viene fatta eccezione all'applicazione del Regolamento, dopo "della salute mentale" andrebbe indicato esplicitamente **"e della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza"**.

**indicare esplicitamente che  
viene fatta eccezione  
per le strutture residenziali  
terapeutiche di NPIA**

La dicitura "salute mentale" non include infatti implicitamente la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che risponde ai bisogni di altre tipologie di utenti oltre a quelli psichiatrici e che solo in alcune Regioni è parte del DSM.

L'esistenza di una rete regionale di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di NPIA rappresenta uno degli obiettivi del Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale. Si tratta infatti di un'area di bisogno largamente inevasa<sup>17</sup>, con numerosi utenti che non riescono ad avere le risposte di cui necessitano e lunghi tempi d'attesa per gli inserimenti. Già in passato, la mancata inclusione esplicita in importanti documenti nazionali di riferimento (come il Mattone 12 del SSN) ha determinato rilevanti criticità. Attualmente vi

less": minori e ricovero psichiatrico. Gior Neuropsych Età Evol 2008; 28:149-66. [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/report\\_finale\\_pr\\_g\\_area5\\_salute\\_mentale\\_adolescenti.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/report_finale_pr_g_area5_salute_mentale_adolescenti.pdf)

<sup>13</sup> Gowers SG, Cotgrove AJ. The future of in-patient child and adolescent mental health services. Br J Psychiat 2003;183:479-80; Royal College of Psychiatrists. Recommendations for In-patient psychiatric care for young people with severe mental illness. London 2005.

<sup>14</sup> American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Policy Statements on In-patient Hospital Treatment of Children and Adolescent 1989.

<sup>15</sup> Progetto CCM "Il disturbo mentale in adolescenza. La comparsa del bisogno, i percorsi del disturbo" Calderoni D, Ferrara M, Sarti MI, et al. "More with less": minori e ricovero psichiatrico. Gior Neuropsych Età Evol 2008; 28:149-66. [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/report\\_finale\\_pr\\_g\\_area5\\_salute\\_mentale\\_adolescenti.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/report_finale_pr_g_area5_salute_mentale_adolescenti.pdf)

<sup>16</sup> "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale", Conferenza Unificata, marzo 2008; "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale", Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, maggio 2009; mozione n. 668 sulla Tutela della Salute Mentale in Età Evolutiva, Senato con parere favorevole del Governo, 3 ottobre 2012; "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", Conferenza Unificata, novembre 2012; "Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)", Conferenza Unificata, gennaio 2013;

<sup>17</sup> Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale", maggio 2009;

sono meno di 600 posti di residenzialità terapeutica NPIA a livello nazionale contro i circa 32.000 della psichiatria dell'adulto, più della metà delle regioni non hanno strutture residenziali terapeutiche e il 90% dei pochissimi posti esistenti è collocato nelle regioni del nord ovest.

## Allegato 1

### Punto 2.4

nelle discipline previste per gli ospedali di II livello, dovrebbe essere **aggiunta la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.**

**aggiungere la NPIA  
tra le discipline necessarie  
negli ospedali di II livello**

### Punto 3.1 standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

#### o **degenza media:**

la degenza media indicata (7 giorni) non può essere considerata adeguata per i ricoveri per disturbi NPIA. Le durate delle degenze in NPIA presentano infatti elevata variabilità:

- ricovero neurologico da 4-6 giorni a 15 giorni o più nelle situazioni complesse, media 7 giorni
- ricovero psichiatrico da 8 a 20 giorni o più nelle situazioni complesse, media 10-12 giorni
- media complessiva della degenza intorno a 9-10 giorni

**degenza media NPIA  
9-10 giorni**

#### o **standard di 17,5 posti letto per UOC**

anche in questo caso, lo standard appare troppo elevato rispetto al dimensionamento ottimale delle degenze di NPIA, che si colloca tra 10 e 15 posti letto

**10-15 posti letto  
per UOC NPIA**

### Standard per strutture con posti letto

Alla luce dell'inclusione dei posti di day hospital e di uno standard di 12 posti letto per UOC, **andrebbe considerato come standard minimo una UOC ogni 2.000.000 di abitanti, e come standard massimo una UOC di NPIA ogni 1.000.000 abitanti**, anche in bacini interregionali per le regioni più piccole onde garantire l'alta specializzazione necessaria.

**standard minimo:  
una UOC  
ogni 2 milioni di abitanti**

**standard massimo:  
una UOC  
ogni milione di abitanti**

Tali standard consentirebbero di non peggiorare ulteriormente la situazione e di mantenere un margine di possibile implementazione futura, attraverso la conversione iso-risorse regionale di posti letto pediatrici o di altre discipline.

Applicando invece gli standard attualmente indicati nella bozza di regolamento, con 1 struttura ogni 4 milioni di abitanti e 12 posti letto per struttura, le strutture complesse passerebbero a livello nazionale dalle attuali 38 circa a 15, mentre i posti letto complessivi diverrebbero circa 174 contro i 527 dei flussi ministeriali 2012. Le Unità complesse verrebbero più che dimezzate e i posti letto ridotti a meno di un terzo degli attuali.

Nel dettaglio, verrebbero ridotti a meno di un terzo i posti della Lombardia, ridotti ad un quarto i letti della Toscana, mentre Sardegna, Liguria e Friuli dovrebbero essere accorpate ad altre regioni ed il Lazio dimezzerebbe i posti esistenti.

Con 1 struttura ogni 2 milioni di abitanti e 12 posti letto per struttura, i letti ipotizzabili a livello nazionale diverrebbero circa 360, e le UOC diverrebbero 30, con una diminuzione del 21% rispetto al 2012.

Ciononostante, la Toscana si troverebbe a dover più che dimezzare i propri posti letto, la Sardegna nella migliore delle ipotesi a unire due reparti in uno o forse a chiudere avendo meno abitanti dello standard, come il Friuli, mentre la Lombardia diminuirebbe di un terzo i letti esistenti, che già allo stato attuale coprono meno di un terzo del bisogno.

Con 1 struttura ogni milione di abitanti e 12 posti letto per struttura, verrebbero mantenute le UOC complesse e i posti esistenti nelle Regioni che hanno Centri di riferimento nazionali, e garantito il margine per un minimo eventuale incremento attraverso la trasformazione di posti di altre discipline nelle Regioni con una dimostrata carenza di posti letto di NPIA e con in corso interventi di riorganizzazione della rete di NPIA quali Lombardia, Veneto e Lazio.

Oltre a salvaguardare ed ampliare il numero totale nazionale dei posti letto della NPIA, la complessità tecnologica e clinica e la rarità (se prese singolarmente) di alcune patologie richiede la valorizzazione delle UO ospedaliere esistenti e consolidate, con bacini interregionali e nazionali, mentre sembra difficile creare se non molto gradualmente le competenze e le infrastrutture in nuove realtà geografiche

**mantenere almeno  
l'esistente  
come numero e  
collocazione geografica**

### **Standard per strutture complesse di NPIA senza posti letto**

**andrebbe nuovamente inserita la possibilità di strutture complesse di NPI senza posti letto, presente in una precedente bozza del regolamento, e andrebbe considerato come standard minimo una UOC senza posti letto, collegata agli ospedali di I o II livello, ogni 600.000 abitanti, mentre è adeguato come standard massimo una UOC di NPIA senza posti letto ogni 300.000 abitanti**

**reinserire gli standard  
per le strutture  
senza posti letto**

**standard minimo:  
una struttura  
ogni 600.000 abitanti**

**standard massimo:  
una struttura  
ogni 300.000 abitanti**

Con l'attuale standard di 1 UOC ogni 800.000 abitanti, le UOC di NPIA senza posti letto verrebbero dimezzate nelle poche regioni nelle quali è presente un sistema organizzato di servizi di NPIA, in particolare in Piemonte, Emilia, Toscana, senza che questo determini l'attivazione di UOC nelle regioni nelle quali non esistono.

Con lo standard di 1 UOC ogni 300.000 abitanti, appare invece possibile mantenere le attuali strutture complesse senza posti letto.