

Il Coordinamento dei Direttori di Neuropsichiatria Infantile del Piemonte ed i rappresentanti della Segreteria regionale della S.I.N.P.I.A., Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, intendono manifestare con il presente documento, la fortissima preoccupazione circa l'erogazione delle prestazioni sanitarie, in termini di qualità e di modalità, a favore della popolazione in età evolutiva con problematiche neuropsichiche. Le Aziende Sanitarie del Piemonte, infatti, stanno procedendo alla definizione degli Atti Aziendali, ed in modo generalizzato, si colgono segnali di incertezza o quanto meno di poca chiarezza d'indirizzo, per quel che riguarda il **futuro assetto organizzativo** dei servizi che si occupano di età evolutiva e più nello specifico, dei **Servizi di Neuropsichiatria Infantile**.

Il PSSR 2012-2015, ancorchè in modo frammentato e poco organico, menzionava nelle pagg.54, 121, 154 le strutture e le competenze della Neuropsichiatria Infantile (vedi Allegato 1) e **sembrava affermarne** la specificità e peculiarità, riconoscendone l'alta diffusione e la complessità dei bisogni, oggetto di presa in carico.

Viceversa nell'**Atto di Indirizzo del 28/1/2013** l'Età Evolutiva e più in specifico l'area della *fragilità e della disabilità dei minori, della psicopatologia dell'infanzia/adolescenza*, non sembra trovare spazio e sufficiente riconoscimento.

Ad aggravare viepiù (se possibile!) la situazione è la DGR n.6-5519 del 14/03/2013 sugli standard delle SC, dove si parte da dati errati circa l'esistente e si arriva alla quasi scomparsa della NPI dal territorio regionale

In ogni caso continuano a mancare indicazioni chiare di quale sia l'organizzazione cui compete raccogliere, classificare e trattare i bisogni di salute, soprattutto quelli complessi o di difficile soluzione e cui compete definire le priorità ed erogare gli interventi; manca cioè l'individuazione del soggetto che sul versante sanitario si faccia carico dei problemi di salute neuro-psichica in età evolutiva ed in grado, pur nel rispetto delle differenti competenze professionali di assicurare una visione complessiva del processo e non eccessivamente frammentata tra differenti competenze organizzative e professionali.

Il campo di intervento della NPI, è divenuto nel tempo sempre più complesso, soprattutto in alcuni aspetti diagnostici strettamente connessi ad **attività certificativa** di patologia (*che ora si appoggia a curve statistiche ed a percorsi multiprofessionali*) necessaria all'accesso a diritti esigibili quali *l'individuazione di insegnante di sostegno, le Esigenze Educative Speciali, il riconoscimento di Invalidità Civile, l'accesso alla medicina convenzionata*.

A queste si somma tutta l'attività riguardante: *la cura e la riabilitazione della patologia neurologica, (epilessia, paralisi cerebrali infantili, ritardi cognitivi), la psicopatologia (disturbi evolutivi/ sviluppo nella prima infanzia ed in età di latenza), le emergenze cliniche – comportamentali in adolescenza, compresa la necessità di terapie farmacologiche mirate e monitorate*.

Tali attività sino ad oggi sono state normate da *Delibere Applicative e dai Percorsi Clinici per patologia* deliberati dalla Regione e si sono sviluppate all'interno di un contesto scientifico, sociale ed istituzionale radicalmente cambiato in pochi anni, che ha già richiesto agli Operatori ed ai Servizi (e che lo richiederà nuovamente) un veloce aggiornamento di saperi, tecniche, procedure ed organizzazione.

Basti pensare ai nuovi riferimenti clinici basati *sulle neuroscienze (come l'A.D.H.D.), all'aumentata complessità della disabilità, delle patologie neurologiche e delle malattie rare, alle nuove leggi nazionali (ad esempio la "Legge 170" per la Dislessia o agli Accordi Stato Regioni sull'Autismo), ai recenti obblighi nei Profili Funzionali (vedi indicazioni dell'O.M.S. per l'applicazione diagnostica dell'I.C.F.), alle nuove e ben documentate indicazioni di cura relative allo sviluppo della Psicopatologia Infantile verso la Patologia di Personalità antisociale, psichiatrica e delinquenziale nell'adulto.*

Ora si teme *che si stia sottovalutando la responsabilità che ci si assume nel non consentire ai Servizi di adempiere a quella Mission Istituzionale* (con la riduzione nel solo anno 2011 del 10% del numero degli operatori della N.P.I.) che viene richiesta dalla Legislazione Vigente (Vedi Allegato 2) e dai bisogni di salute della popolazione ampiamente dimostrati e traspare un'immagine di Amministrazione che non sa quanto e come investire per un corretto approccio alla disabilità, al bisogno neuro evolutivo ed alla psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza.

Si ritiene inoltre che tale mancanza di programmazione esporrà le Aziende a maggiori oneri finanziari (ricorso incontrollato alla medicina convenzionata) legati all'impossibilità di governare una domanda di assistenza e di cura che sempre più proverrà non dai sanitari ma direttamente dai genitori dei pazienti, già ora più sensibili e consapevoli dei loro bisogni, più aggiornati e meno prevenuti verso la dimensione "psi" e sarà un danno per i cittadini stessi che, in mancanza di risposte, dovranno ricorrere alla medicina privata.

Sicuramente invece il danno maggiore sarà per quei bambini con svantaggio familiare e sociale (vero target dei servizi) i cui genitori non sanno chiedere e vedere e che una volta cresciuti costeranno di più.

Si intravede dunque in questo momento di grave crisi in fatto di risorse e di scelte orientate all'economicità, il serio rischio di deflessione, riduzione e disorganizzazione di quanto faticosamente costruito in tutti questi anni in merito ai servizi orientati all'infanzia e si ritiene che tale riduzione e frammentazione non corrisponderà in alcun modo ad un vero risparmio, mentre l'organica riorganizzazione qui proposta, può rappresentare una vera garanzia di economicità.

Nel 2011 i minori piemontesi in carico ai servizi di Neuropsichiatria Infantile erano oltre 52.754 ossia il 7,5% della popolazione da 0 a 18 anni. *(occorre però ricordare che in conseguenza della disomogeneità organizzativa dei servizi, purtroppo, non tutta la popolazione in età evolutiva, afferente al SSR è stata censita, con grave danno della completezza del dato che è sottostimato..!)*

Questi pazienti presentavano patologie di varia natura: disturbi organici e psichici come *autismo, epilessia, paralisi cerebrali infantili, disturbi psicorelazionali e comportamentali, minori con problematiche scolastiche (handicap, dislessia).* Sono inoltre in carico una percentuale significativa di giovani pazienti necessitanti di tutela, ossia minori vittime di *maltrattamento e abuso o in situazione di disagio familiare grave e cronico;* casi seguiti su incarico ed in collaborazione coi Tribunali e con i servizi Sociali (Vedi allegato 3: il report delle attività della rete di assistenza NPI, rilevata dal sistema informativo NPInet, che preghiamo di guardare con attenzione, perché ricco di elementi rappresentativi della nostra realtà piemontese).

La tutela di tali fasce deboli è un compito fondamentale per la sanità, come sottolineato dalla Convenzione Internazionale dell'ONU approvata il 20/11/89 e ratificata dall'Italia il 27/5/91 L. 176. Infine si fa notare che esistevano ed esistono ancora alcune *criticità che si pensava potessero essere superate con una lieve ed oculata riorganizzazione dei Servizi, mentre invece stiamo assistendo ad un' esasperazione delle stesse. Ad esempio, attualmente i percorsi multiprofessionali sono di fatto impraticabili in quelle ASL con Servizi Monoprofessionali dove non vi sono accordi codificati tra professionalità e tra Servizi e/ o senza nessuna indicazione che orienti verso l'imprescindibilità della multiprofessionalità.*

Oltre ad esprimere la preoccupazione per il rischio effettivo di riduzione /perdita di servizi rivolti alla popolazione di riferimento della disciplina, con la presente si richiede, che venga adottato **un atto di indirizzo per le aziende Sanitarie che chiarisca la mission e l'assetto organizzativo minimo delle Strutture Complesse di NPI , tenendo conto della Diffusione uniforme sul territorio e che preveda :**

almeno una SC di NPI , Multiprofessionale, per ASL (per Multiprofessionalità si intende la possibilità di lavoro comune coordinato da parte degli operatori che sono necessariamente coinvolti nella presa in carico della popolazione infantile interessata e cioè: NPI, Psicologi, Logopedisti, terapisti della Neuropsicomotricità, Educatori).

NOTA: Si coglie l'occasione per chiarire ed evidenziare come l'Assistenza Psicologica nel SSN, non possa essere assimilata alle altre discipline specialistiche. Infatti in forza della sua complessità e della sua peculiarità, essa si **declina** in modo differente a seconda dei contesti in cui agisce. Occorre così differenziare quella che può definirsi attività Clinica nei confronti dell'Adulto con patologia medico- clinica acuta, post-acuta e cronica (infarto,ictus,malattie degenerative, oncologica..) e nei confronti dell'adulto con transitorio disturbo psicopatologico (lieve depressione, ansia, transizione di cicli di vita, burn-out), da quella che può definirsi Patologia complessa, la dove l'atto diagnostico e di presa in carico **non può esaurirsi in un solo professionista e non può esplicarsi attraverso la frammentazione delle risposte ai bisogni del paziente e della sua famiglia.** Ci si riferisce ,in specifico, ai bisogni espressi dai pazienti che fanno ricorso a Servizi come la Salute Mentale, il SERT, il Consultori, la Neuropsichiatria Infantile. In questi servizi, l'integrazione fra le diverse figure professionali ed una risposta univoca (che non chieda al paziente di costruirsi da solo l'integrazione spostandosi tra le varie sedi di erogazione non interconnesse), sono il presupposto **imprescindibile di buone prassi e buona sanità.**

Le più recenti linee guida per patologia (autismo, disturbi di apprendimento, deficit d'attenzione con iperattività, emergenze psichiatriche in adolescenza, disturbi dell'umore ..) raccomandano esse stesse percorsi di approfondimento clinico e di cura complessi, multi assiali multi professionali validati da test e seguiti da interventi terapeutici mirati la dove ed a maggior ragione, data la complessità di tali percorsi clinici, il medico n.p.i. non può che lavorare in équipe.

Si propone pertanto di differenziare quelle attività psicologiche che possono essere esplicate in **autonomia** e che possono trovare il loro legittimo luogo organizzativo nella **SC di Psicologia**, da quelle attività psicologiche che necessitano obbligatoriamente **di multi professionalità** e che trovano nei **vari servizi sopracitati** la loro legittima e funzionale collocazione.

N.B.: per quanto riguarda i Terapisti della Riabilitazione(logopedisti e terapisti della Neuropsocomotricità) si rimanda alla DGR n. 10-5605 2/4/2007, Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle ASR;)

IL COORDINAMENTO DEI DIRETTORI
DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
DEL PIEMONTE

I RAPPRESENTANTI DELLA SEGRETERIA
REGIONALE DELLA SOCIETA' ITALIANA
DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

ALLEGATO 1-

La Neuropsichiatria Infantile nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015

PAG 54: 5.3.4 Collocazione delle specialità di neuropsichiatria infantile nei presidi ospedalieri

Presso gli ospedali di riferimento (HUB) le strutture di Neuropsichiatria Infantile (NPI) operano per la gestione dell'emergenza/urgenza, neurologica/psichiatrica e per la gestione delle patologie a rara diffusione.

Presso gli ospedali cardine le strutture di NPI operano per la diagnosi e cura di patologie specifiche a medio/ampia diffusione svolgendo anche attività distrettuale.

La competenza specialistica NPI viene quindi espressa non da un singolo professionista, ma **dal lavoro multiprofessionale**

(medici, psicologi, terapisti, logopedisti, infermieri, educatori ecc) che opera con modalità in grado di ricercare l'appropriatezza e la completezza dei percorsi e dei progetti, in coerenza con la continuità degli interventi di cura possibili e la verifica degli esiti nel corso del tempo

.PAG 121:..... Alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza (NPI) compete la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione della patologia neurologica, psichiatrica, cognitiva del bambino e dell'adolescente, nella fascia di età 0-18 anni.

La neuropsichiatria infantile è una disciplina medica specialistica con competenze sia in ambito ospedaliero che a livello territoriale.

A livello distrettuale si sviluppano tutte le attività inerenti la tutela dei minori, in collaborazione con le istituzioni scolastiche, i servizi sociali, l'autorità giudiziaria.....

PAG: 140 5.1.3 Strutture di neuropsichiatria infantile

....Nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva i processi diagnostici e l'impostazione del progetto terapeutico e riabilitativo sono necessariamente il frutto di una valutazione globale multiprofessionale.

Nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo sono frutto di una valutazione globale multiprofessionale specifica: **la competenza specialistica non è quindi espressa da un singolo professionista, ma dal lavoro di una unità operativa stabile e specificamente formata, che opera con modalità che garantiscono continuità tra uno specifico intervento**

.....La competenza dei servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) si esprime in una presa in carico globale, complessiva e longitudinale che comprende sia le prestazioni diagnostiche che l'attuazione, il supporto e il monitoraggio di interventi terapeutici, riabilitativi ed educativi successivi alla diagnosi e che includono famiglia e contesti di vita.

ALLEGATO 2 –

Riferimenti normativi per la Neuropsichiatria Infantile

Costituiscono principali riferimenti normativi specifici le seguenti leggi nazionali e norme di riferimento regionali

- **Per l’Inclusione Scolastica degli alunni Disabili e altre competenze per la disabilità**

- 1 **L. 104/92** Legge quadro per l’assistenza , integrazione sociale e diritti delle persone Handicapate
- 2 **L. 162/98** modifiche alla Legge 5/02/92 n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone Handicapate.
- 3 **DPCM 185 del 23/02/06** Regolamento recante modalità e criteri per l’individuazione dell’alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell’art.35 comma 7 della legge 27/12/02 n.289.
- 4 **DGR 34-13172 del 01/02/2010** Linee di indirizzo integrate per l’ASL Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, istituzioni scolastiche ed Enti di formazione professionale circa il diritto all’educazione, Istruzione e Formazione professionale degli alunni con disabilità e con Esigenze educative Speciali. Alunni Disabili e con esigenze educative speciali
per i Soggetti in età evolutiva le UVMD assumono la denominazione di UVMD-Minori e prevedono la partecipazione del Responsabile della S.C. Neuropsichiatria Infantile o suo delegato (che può svolgere la funzione di presidente)
- 5 • **Indicazioni in merito all’applicazione delle DD.GG.RR. 26-13680 del 29/03/10 e 34-13176 del 01/02/10** Relativamente alle funzioni delle UMVD-Minori ed al diritto allo studio degli studenti disabili.
- 6 **DGR 4-6467 del 23/07/07** Accantonamento per contributi a persone con grave disabilità per l’acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati, rivolti all’autonomia e all’inclusione sociale.
- 7 **DGR 26-10669 del 2-2-2009** Linee guida per l’attivazione del Servizio di Cure Domiciliare relativamente ai soggetti in età evolutiva ad integrazione della DGR 41-5952 del 07/05/02
- 8 **D.G.R. N. 56-13332 del 15/02/10.** Assegnazione risorse sostegno della domiciliarità per non autosufficienti con età inferiore a 65 anni. Modifiche e integrazioni alla DGR 39-11190 del 06/04/09.
- 9 **D.G.R. n. 51-11389 23 dicembre 2003** applicazione livelli assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria
- 10 **D.G.R. n. 72-11420 del 20 dicembre 2004. DGR 72-11420 del 20 dicembre 2004** “Percorso di continuità assistenziale per anziani ultra65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziani non autosuff.”.

- **Per i Disturbi Specifici in età evolutiva**

- 1 l. 170/2010.....
- 2 Intesa Stato Regioni
- 3 **DGR 18-10723 09/02/09** Modalità individuazione studenti con esigenze educative speciali mod. con DGR 13-10889 2/3/09

- **in tema di TUTELA dei Minori**

- 1 **L.285/97** Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l’Infanzia e l’Adolescenza.
- 2 **L. 184/83** Legge Speciale sull’Adozione, disciplina dell’adozione e affidamento dei minori.
- 3 **L. 149/01** Modifiche alla Legge 04/05/83 n.184, recante disciplina dell’Adozione e dell’Affido dei minori, nonché al titolo VIII del libro del primo codice civile.
- 4 **L. 476/98** Ratifica ed esecuzione della convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a l’Aja il 29/05/93. Modiche alla Legge 04/05/83 n. 184, in tema di adozione di minori stranieri.

- 5 *L. 328/00 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*
- 6 *DPCM 29/11/01 Definizione dei Livelli essenziali di Assistenza*

● **in materia di Penale Minorile**

- 1 *DPCM 01/04/08 , trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte all'interno del circuito dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile al Servizio Sanitario Nazionale. Accordo approvato dalla Conferenza Unificata Stato Regioni in data 20/08/08 concernente l'ordinamento penitenziario e la Giustizia Minorile, in attuazione di quanto previsto dall'art.7 del DPCM del 01/04/08.*
- 2 · *DPCM 14/02/01 Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.*
- 3 *DGR 14-9681 del 30/9/08 "istitutuz del Sistema Sanitario Penitenziario Regionale e individualizzazione di un modello sperimentale.*
- 4 · *DGR 21-11849 del 28/07/09 "Protocollo di intesa tra l'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per il Piemonte e la Valle d'Aosta e il Centro Giustizia Minorile del Piemonte.*
- 5 · *DGR 5-12654 del 30/11/09 "Approvazione delle Linee Guida per l'Assistenza Sanitaria dei minori e giovani adulti in collaborazione con i Servizi di Giustizia Minorile" .*

● **Altre Norme Specifiche**

- 1 *DGR n. 36-27999 del 08/09/99 Sviluppo della rete Regionale di assistenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza. Indicazione alle aziende sanitarie regionali.*
- 2 *DGR n. 10-5605 2/4/2007, Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle ASR;*
- 3 *DGR n. 10-5605 2/4/2007, Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte -*
- 4 *DGR 25-5079 del 18/12/2012 Approvazione della tipologia e dei requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori. Revoca della DGR n. 41-12003 del 15.3.2004*
- 5 *Progetto Obiettivo " Materno-Infantile (1998-2000)*
- 6 *Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale ".*

ALLEGATO 3 -

Report NPInet 2010-2011 Rapporto Epidemiologico della Rete di Assistenza Neurologica, Psicologica, Psichiatrica, Riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/documentazione/category/29-report-della-rete-di-neuropsichiatria-infantile.html>

<http://www.sinpia.eu/atom/allegato/1051.pdf>