

REGIONE BASILICATA

IN BREVE

La normativa regionale definisce i Servizi di Neuropsichiatria infantile, che fanno parte di un Dipartimento interaziendale unico, a valenza regionale (D.I.N.P.E.E.). Il Dipartimento è articolato in: un'unica Unità operativa ospedaliera regionale; Unità operative territoriali in ogni ASL; strutture residenziali diurne e protette di riabilitazione e recupero dislocate sul territorio regionale.

Lo schema di PSSR 2010-2012 prevede la creazione di un "Centro regionale di riferimento per l'autismo infantile" e lo sviluppo, entro il secondo anno di piano, di un "Centro Diurno per l'autismo per ogni Asl".

DESCRIZIONE DELLA NORMATIVA

La Regione Basilicata, al fine di organizzare le attività per assolvere ai compiti ed alle funzioni inerenti alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con la delibera n. 1830 del 2004 - Direttiva vincolante per la realizzazione del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria per l'età evolutiva (D.I.N.P.E.E.) - ha attuato un modello organizzativo Dipartimentale Interaziendale con valenza regionale.

Il Dipartimento ha il compito di programmare gli interventi sanitari e verificarne l'efficacia e l'efficienza, favorire l'integrazione funzionale tra servizi ed aree di intervento diverse, attraverso una serie di azioni.

Il dipartimento è diretto da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile e si articola nelle seguenti U.U.O.O. clinico-riabilitative:

- *Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (U.O.T.-N.P.I.);*
- *Unità Operativa Ospedaliera di Neuropsichiatria Infantile di riferimento regionale (U.O.O.-N.P.I.);*
- *Strutture semiresidenziali diurne e protette per trattamenti terapeutico-riabilitativi a medio e lungo termine per il recupero di soggetti con gravi disturbi del comportamento.*

In Regione Basilicata l'organizzazione dell'assistenza neuropsichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza si attiene alle indicazioni nazionali (Progetto Obiettivo Materno-Infantile 1998-2000, Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale 1998-2000, Linee-guida per le attività di riabilitazione del 7 maggio 1998) e alle linee-guida della Regione Basilicata per la Riabilitazione (Delib.G.R. n. 670/2004).

Per la Regione Basilicata, inoltre, vanno segnalate alcune leggi di riassetto del sistema sociosanitario: la legge regionale n. 4 del 14 febbraio 2007 "*Rete integrata dei servizi di cittadinanza sociale*" e la legge regionale n. 12 del 1 luglio 2008 "*Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale*", riferimenti legislativi e di indirizzo per le attività dei servizi di salute mentale.

In particolare, la L.R. n. 4/2007 persegue la finalità di un coordinamento sistematico ed integrazione funzionale delle politiche sociali con le politiche della salute, da sempre esigenza prioritaria per i servizi della salute mentale. La L.R. n. 12 del 2008 ridefinisce gli assetti delle ASL (che passano da 5 a 2 su base provinciale), nonché l'assetto organizzativo secondo un modello a rete e su base dipartimentale. Il Dipartimento strutturale di Salute Mentale è inserito nell'area territoriale del Sistema Sanitario regionale, e si prevede che operi in stretta integrazione con il Distretto della Salute.

Successivamente, la delibera n. 1384 del 2008, di recepimento delle Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale nella parte relativa all'infanzia e all'adolescenza, tra gli indirizzi di priorità include anche i programmi di intervento per l'area dei disturbi dello spettro autistico, in riferimento al documento conclusivo del Tavolo Ministeriale Autismo nonché la previsione di Accordi di programma per garantire interventi integrati di cura, anche in situazioni di emergenza, negli scompensi psicotici o legati a disturbi della personalità, autismo, comorbilità psichiatrica in adolescenti con disabilità mentale.

Di recente, lo schema di *Piano regionale della salute e dei servizi alla persona PSSR 2010/2013*, **sottolinea la peculiarità del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**, che gestisce l'acuzie e l'emergenza/urgenza psichiatrica, rispetto ad un'utenza caratterizzata per una significativa variabilità riguardo alla diagnosi, all'età e soprattutto riguardo ai bisogni relativi ai singoli episodi di ricovero. In un SPDC sono ricoverati al contempo soggetti in trattamento sanitario obbligatorio, soggetti con aspetti di ritiro sociale e autismo, soggetti con comportamenti aggressivi e anche soggetti affetti da disturbi

depressivi.

Lo schema di Piano prevede il potenziamento delle attività per l'autismo infantile e per gli altri disturbi generalizzati dello sviluppo mediante la realizzazione, entro il primo anno di piano, del "Centro regionale di riferimento per l'autismo infantile" e lo sviluppo, entro il secondo anno di piano, di un "Centro Diurno per l'autismo per ogni Asl".

LE NORME

Delib.G.R. 27 luglio 2004, n. 1830 - *Direttiva vincolante per la realizzazione del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria per l'età evolutiva (D.I.N.P.E.E.)*

(Estratto)

Allegato

Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva

Premessa

Come affermato nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie neurologiche e psichiatriche nell'età evolutiva (infanzia e adolescenza) rivestono un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione. Infatti le patologie neuropsichiatriche dell'adulto fondano molto spesso le loro basi nell'età evolutiva.

La forte tendenza alla deospedalizzazione, alla integrazione tra varie competenze (consultorio familiare, pediatria, neuropsichiatria infantile, fisiatria, ortopedia, ecc.) e alla umanizzazione sottintende la necessità di un'organizzazione articolata su diversi livelli.

La prevenzione di forme di patologia neuropsichiatrica che si manifestano nell'età evolutiva riconosce nell'attività di promozione della salute svolta dai servizi di I livello (Consultorio Familiare, Pediatra di libera scelta, Distretto Sanitario di Base) un momento fondamentale, tenendo anche conto del ruolo che questi servizi hanno nel riconoscimento precoce delle forme stesse o delle situazioni di rischio verso le quali svolge le funzioni di presa in carico e di eventuale indirizzo verso le U.O. di diagnosi e cura.

L'intervento nel settore delle patologie di prevalente competenza neuropsichiatrica nell'infanzia e adolescenza deve essere unitario e coordinato, con una presa in carico globale del paziente e molto spesso anche della sua famiglia.

Dal punto di vista organizzativo è necessario garantire una cooperazione di diverse professionalità (psicologi, psicologi dell'età evolutiva, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori specializzati, assistenti sociali, ecc.), coordinata dallo specialista in neuropsichiatria infantile, in collaborazione con i servizi di fisiatria per quanto riguarda la riabilitazione neuromotoria.

A sua volta tale équipe deve poter operare in stretta vicinanza con le strutture e gli operatori dell'area pediatrica e la rete dei servizi socio assistenziali ed educativi.

Obiettivi generali sono: prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva al fine di ridurre quanto più possibile l'handicap, cioè la risultante del percorso diagnosi-cura riabilitazione della disabilità.

L'organizzazione dell'assistenza neuropsichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza nella Regione Basilicata si attiene oltre che alle linee-guida contenute nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, alle indicazioni formulate nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute

mentale 1998-2000", alle "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione" (provvedimento 7 maggio 1998) specificatamente per quanto attiene all'età evolutiva e le linee-guida della Regione Basilicata per la Riabilitazione (Delib.G.R. 23 marzo 2004, n. 670).

Dati epidemiologici

La letteratura nazionale ed internazionale riporta i seguenti dati epidemiologici per le problematiche di competenza Neuropsichiatria in età evolutiva:

- La prevalenza di patologie conclamate (disturbi hard) che si configurano come disabilità od handicap sono relativamente stabili nella percentuale dell'1,6% nella popolazione 0-18 anni (Levi 1981;1991). Tra le patologie neurologiche più frequenti vanno ricordate le epilessie farmaco-resistenti, le paralisi cerebrali infantili, le distrofie muscolari e le malattie degenerative del sistema nervoso. Tra i disturbi psichiatrici ricordiamo i ritardi mentali di grado medio-grave (che da soli arrivano allo 0,5%), l'**autismo**, i gravi disturbi della condotta e i disturbi psichiatrici gravi ad esordio in adolescenza (disturbi dell'umore e schizofrenie).

- Un ulteriore 6,7% di bambini (Levi 1981) presenta patologie manifeste, croniche con sintomi variabili per intensità nel tempo (disturbi soft), che necessitano di interventi e presa in carico periodica. Tra le patologie neurologiche ricordiamo le epilessie (0,5%), le cefalee croniche (1%). Tra i disturbi psichiatrici le depressioni, la fobia della scuola, i disturbi delle condotte alimentari, i disturbi ossessivi compulsivi. Numerosi sono inoltre i disturbi di sviluppo quali la dislessia (5%), i disturbi di linguaggio, il deficit d'attenzione iperattività, ecc.

- I dati di prevalenza annua per i disturbi psichiatrici in età evolutiva variano tra il 17,6 ed il 22%, dati sostanzialmente sovrapponibili a quelli della popolazione adulta (Offord 1995, Nardocci 1998). Tuttavia solo un 5% di tutte le risorse destinate alla salute mentale è devoluto alla popolazione tra 0 e 18 anni (G. Levi, G. Meledandri 1994).

Ai servizi di Neuropsichiatria infantile dovrebbe afferire annualmente un'utenza pari al 5-7% della popolazione tra 0 e 18 anni (utenza attesa) come risulta dai dati della Regione Piemonte (Nardocci 2002). Tra questi gli utenti cronici sono pari al 57% e i nuovi casi pari al 43%.

Nella Regione Basilicata la popolazione 0-19 nel 1999 era di 141.001 unità (dato ISTAT). Possiamo pertanto calcolare un'utenza annuale attesa per i servizi di NPI tra i 7.000 e i 9.500 pazienti, di cui una quota consistente tra i 2.850 e i 5.400 costituita da utenti cronici.

Organizzazione

Ai fini dell'organizzazione delle attività si è proceduto all'esame dei seguenti indicatori:

- la situazione socio geografica della Regione ed il numero di abitanti,
- la presenza nel territorio regionale di cinque Az. U.S.L. ed una Az. Ospedaliera,
- la disomogeneità dei servizi e delle risorse per l'assistenza neuropsichiatria in età evolutiva esistenti nelle diverse realtà locali,
- la complessità e la specificità degli interventi richiesti,
- la necessità di garantire livelli uniformi di assistenza attraverso progetti e strutture che servano tutto l'ambito regionale,

da tale esame è emerso che per assolvere ai compiti ed alle funzioni inerenti alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si deve attuare un modello organizzativo Dipartimentale Interaziendale con valenza Regionale.

Si identifica nell'Az. USL Matera n. 4 l'azienda capofila per l'attivazione degli Accordi Interaziendali necessari si da addivenire alla realizzazione di detto Dipartimento.

Il Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria per l'Età Evolutiva (D.I.N.P.E.E.) è diretto da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile dirigente di struttura complessa, designato tra coloro in possesso dei requisiti necessari, coadiuvato per quote orarie da almeno una figura per ciascuna delle seguenti professionalità: medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, infermieri, ausiliari sociosanitari, assistenti sociali e personale dei ruoli amministrativi che formano lo staff di Direzione del Dipartimento.

Compito della Direzione del D.I.N.P.E.E. è di programmare gli interventi sanitari e verificarne l'efficacia e l'efficienza, di favorire l'integrazione funzionale tra servizi ed aree di intervento diverse, attraverso le seguenti azioni:

- identificare e far applicare da ogni U.O. dipartimentale protocolli attinenti ai percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con approccio multidisciplinare
- attivare protocolli per il raccordo tra le attività di N.P.I. territoriali e ospedaliere
- garantire una reale collaborazione tra le U.U.O.O. di N.P.I. ed i P.L.S. attraverso incontri periodici e momenti di aggiornamento comuni
- verificare il rispetto dei requisiti delle strutture dedicate ai soggetti con problemi di competenza NPI, con particolare attenzione alla identificazione delle aree di ricovero e ai rapporti con l'U.O.O. pediatrica
- creare un sistema omogeneo di rilevazione dati in collaborazione con il Servizio Epidemiologico Regionale
- costruire percorsi di supporto attivo all'adolescente con disagio familiare e/o scolastico
- attivare programmi rivolti ai minori in stato di deprivazione affettiva, di abbandono, di disagio scolastico, abusati, sottoposti a provvedimenti giudiziari, ecc.
- contribuire alla programmazione regionale per l'integrazione operativa tra l'U.O. ospedaliera di riferimento regionale e le O.O. territoriali di NPI ed U.O. di fisiatria (rete dei Nuclei Operativi Integrati)
- favorire politiche regionali e locali di integrazione tra sanità, sociale, assistenziale, scuola, lavoro, con riferimento all'integrazione scolastica e lavorativa
- attivare il registro regionale delle disabilità con riferimento alla valutazione funzionale dei soggetti disabili
- ideare e realizzare per i soggetti non autonomi con più di 18 anni progetti di assistenza e recupero sociale integrati con la partecipazione di tutte le agenzie presenti sul territorio.

In particolare la Direzione del D.I.N.P.E.E. gestirà direttamente i progetti di prevenzione per la prima fascia d'età, le strutture e i centri di riferimento regionale e i programmi di formazione degli operatori afferenti alle U.U.O.O.

Il dipartimento per adempiere alle proprie funzioni si articola nelle seguenti U.U.O.O. clinico-riabilitative:

1. Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (U.O.T.-N.P.I.)
2. Unità Operativa Ospedaliera di Neuropsichiatria Infantile di riferimento regionale (U.O.O.-N.P.I.)
3. Strutture semiresidenziali e protette per trattamenti terapeutico-riabilitativi a medio e lungo termine.

1. Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (U.O.T.-N.P.I.)

Le area di attività delle O.O.T. sono:

- diagnosi, cura e riabilitazione di patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che richiedano ricovero;
- controllo e trattamento di patologie già diagnosticate presso centri più attrezzati.

Compiti di queste U.O.T.-N.P.I. sono:

- garantire prestazioni specialistiche neurologiche e psichiatriche in ambito ambulatoriale a livello distrettuale, secondo progetti operativi che soddisfino i bisogni di salute risultanti dalla osservazione epidemiologica locale, con specifica attenzione alle diverse fasce d'età;
- prendere in carico precocemente il bambino con disabilità neuromotorie, psichiche e problematiche familiari e collaborare con le competenze specialistiche fisiatriche e riabilitative;
- prendere in carico l'adolescente affetto da patologia psichica;
- collaborare insieme agli operatori dei Consultori Familiari con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei disabili nelle scuole di ogni ordine e grado (legge n. 104/1992 e D.P.R. 24 febbraio 1994);
- collaborare con gli Enti Locali ed Istituzioni nazionali per l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti in situazioni di handicap in età post-scolare;
- collaborare con gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia (Tribunale dei Minori, Giudice Tutelare, ecc.) al fine di tutelare i minori abusati, deprivati, sottoposti a provvedimenti giudiziari, ecc., ed inoltre collaborazione con le stesse Istituzioni nell'ambito delle attività di affidamento familiare e per le adozioni;
- progettare e attuare percorsi abilitativi e riabilitativi neuropsicomotori, del linguaggio e della comunicazione, in collaborazione con personale tecnico specificamente formato dell'area riabilitativa;
- attivare il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica (in stretta collaborazione con il D.S.B. ed il D.P.) sulla base delle indicazioni della Direzione del Dipartimento, a cui verranno inviati regolarmente i dati per l'elaborazione;
- collaborare con la famiglia del disabile attraverso la più completa e continua informazione sugli eventi sanitari e sociali coinvolgenti il minorenne, sulle possibilità di recupero e sulla scelta degli interventi e dei percorsi che ne garantiscono l'inserimento nella scuola, nella società e nelle attività lavorative in sinergia con le altre agenzie presenti nel territorio.

In ogni Az. U.S.L. deve essere attivata almeno una U.O.T.-N.P.I. (più di una ove si superino i 100.000 abitanti), che opera in stretta connessione con i D.S.B. e le U.O. di riabilitazione territoriali. Tale U.O.T.-N.P.I. è coordinata da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile coadiuvato da adeguate competenze: medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, infermieri, ausiliari sociosanitari, assistenti sociali e

personale dei ruoli amministrativi. L'U.O.T.-N.P.I., per quanto attiene ai progetti riabilitativi riferiti al soggetto con disabilità neuromotoria deve operare in stretta integrazione con l'équipe territoriale (e/o ospedaliera) di terapia riabilitativa.

2. Unità Operativa Ospedaliera di Neuropsichiatria Infantile (U.O.O.-N.P.I.)

Presso l'O. Madonna delle Grazie di Matera si colloca l'U.O.O. di N.P.I. di riferimento regionale che consentirà indagini diagnostiche e trattamenti per i casi più complessi, anche in regime di degenza ove indispensabile. Tale U.O. viene identificata come Centro di Riferimento Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in età evolutiva, in virtù della sua collocazione nella struttura ospedaliera, che permette consulenze polispecialistiche tra i reparti e l'attuazione di interventi diagnostici e riabilitativi di particolare complessità.

L'orientamento generale per età evolutiva, e soprattutto in N.P.I., deve essere quello di ridurre al minimo indispensabile la degenza ordinaria, ampliando al massimo l'attività in D.H., oltre a quella ambulatoriale. Questo allo scopo di ridurre il trauma psicologico dell'ospedalizzazione e favorire il più possibile la continuità della vita familiare-scolare-sociale del bambino o adolescente, anche attraverso progetti che riducano l'istituzionalizzazione di fatto connessa alle lungodegenze.

La degenza ordinaria sarà pertanto utilizzata soltanto per patologie neurologiche o psichiatriche che richiedano assistenza continua: stati di male epilettico o crisi subentranti, monitoraggio video-E.E.G. 24-ore, encefaliti, mieliti, poliradicoloneuriti acute e, nell'ambito psichiatrico, psicosi acute, stati di eccitamento, stati depressivi gravi (tutti questi in reparti che permettano la sorveglianza continua), anoressie gravi, ecc.

La gran parte dei casi potranno essere diagnosticati e trattati in regime di D.H. L'attività di D.H. diviene quindi il fulcro dei reparti ospedalieri di N.P.I., che devono essere adeguatamente predisposti per attuarla. In linea generale è da ritenere che la gestione in D.H. di un paziente, per la concentrazione delle indagini in breve periodo di tempo, comporti un rilevante carico di lavoro, del quale si dovrà tenere debito conto nella definizione dei costi relativi.

Durante la degenza deve essere garantita la massima opportunità di mantenere, compatibilmente con la diagnosi, rapporti di continuità con la famiglia, con la scuola, con i pari, ecc., al fine di non comprometterne il livello di integrazione sociale acquisito.

Alla programmazione delle sedi e dei letti di degenza a ciclo continuo diurno e notturno deve essere affiancato un monitoraggio delle diagnosi e della durata della degenza al fine di valutare l'appropriatezza dei ricoveri e stimolare la collaborazione con le altre realtà assistenziali territoriali.

L'Unità Operativa Ospedaliera, intesa come centro di riferimento per l'intera Regione, dovrà rispondere ai seguenti requisiti:

- svolgere attività di degenza ordinaria e di D.H. per patologie che richiedono osservazione prolungata e/o diagnostica strumentale di medio livello (E.E.G., E.M.G., potenziali evocati, T.A.C., es.liquor, dosaggio farmaci, test di screening per aminoacidopatie), oppure terapie mediche e riabilitative effettuabili solo in D.H. o degenza,

- svolgere attività ambulatoriale diagnostico-terapeutico-riabilitativa in patologie di particolare complessità,

- in qualità di Centro di Riferimento Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in età evolutiva mettere a punto e verificare i progetti riabilitativi per i soggetti affetti da disabilità gravi e complesse, attraverso percorsi integrati con gli altri reparti ospedalieri e fornire la consulenza alle strutture territoriali per l'attuazione di tali progetti,

- collaborare in rete con le U.O.T.-N.P.I. al monitoraggio e alla rilevazione epidemiologica dei disturbi neuropsichiatrici infantili sulla base delle indicazioni della Direzione del Dipartimento, a cui verranno inviati regolarmente i dati per l'elaborazione,

- il fabbisogno di posti letto di ricovero dell'U.O. Ospedaliera di N.P.I. è identificato per tutte la Regione in n. 8 di cui 3 per soggetti con gravi disabilità in età evolutiva afferenti al Centro di riferimento regionale, 3 per bambini con problematiche neurologiche, e 2 per preadolescenti e adolescenti con problematiche psichiatriche acute,

- i posti-letto di degenza ordinaria, 3 per bambini neurologici e 3 per i soggetti con gravi disabilità in età evolutiva si collocano nell'area funzionale omogenea di pediatria, con personale medico ed infermieristico in comune, mentre 2 posti letto per la fascia preadolescenziale ed adolescenziale con disturbi psichiatrici necessitano di spazi e personale dedicato dell'U.O.O. di N.P.I.,

- tutti i posti letto in D.H. sono gestiti dall'U.O.O di N.P.I.

Tale U.O.O.-N.P.I. è coordinata da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile che sarà affiancato dai seguenti profili professionali: specialisti in Neuropsichiatria Infantile (in numero sufficiente da garantire il funzionamento del reparto 24 h), psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, tecnici di neurofisiopatologia, assistenti sociali, infermieri e ausiliari sociosanitari (in parte in comune con la Divisione Pediatria), in numero adeguato all'utenza prevista, nonché da personale dei ruoli amministrativi.

Nell'ambito delle aree destinate all'U.O.O. di N.P.I. devono essere individuati locali di degenza, di ristoro, di studio e di vita comunitaria (per terapie di gruppo, per gioco, ecc.) adeguati alle varie età, compresa quella adolescenziale. In particolare dovrà essere prevista un'area dedicata alle attività ambulatoriali specialistiche, alle indagini elettrofisiologiche e alle terapie riabilitative.

3. Strutture semiresidenziali diurne protette per il recupero di soggetti con gravi disturbi del comportamento

Si prevedono due strutture semiresidenziali di riferimento regionale:

A. una comunità terapeutica semiresidenziale socio sanitaria per attuare piani terapeutici e il reinserimento sociale per gravi disturbi della relazione, comunicazione e socializzazione in preadolescenza e adolescenza a favore dei minori che necessitano di ospitalità diurna per periodi di reinserimento familiare e sociale. La comunità opera in continuità e in stretto collegamento con la rete dei servizi del dipartimento delle cure primarie.

La struttura semiresidenziale prevede un massimo di 5 posti per ragazzi di età compresa fra i 10 e i 18 anni e va prevista l'istituzione di almeno una per Provincia.

Questo Centro Terapeutico Semiresidenziale ha il compito di assistere i pazienti nella prima fase di dimissione ospedaliera dopo la risoluzione dell'episodio psichiatrico acuto in modo da garantire la salvaguardia ed il graduale reinserimento sociale del soggetto.

Pertanto la struttura opererà in stretto collegamento con i medici dell'U.O. Ospedaliera di N.P.I. che garantiranno la continuità terapeutica e la gestione clinica dei pazienti; dovranno inoltre essere previsti per la gestione dei ragazzi i seguenti profili professionali aggiuntivi: educatori, animatori, assistenti sociali.

Le attività sono da considerarsi di tipo socio sanitario e pertanto la parte sanitaria è garantita per la copertura finanziaria nell'ambito dei LEA mentre per le attività sociali esse vanno garantite a contribuzione a carico del cittadino o del comune di appartenenza con le stesse modalità in vigore per le residenze sanitarie assistenziali.

B. una struttura semi-residenziale per attività riabilitative intensive per 5 bambini con disturbi di sviluppo nella fascia di età 0-6 anni. Tale struttura, è annessa all'U.O. Territoriale di N.P.I. dell'az. USL Matera n. 4, dove già è svolta attività di riabilitazione in età evolutiva.

Tale struttura semiresidenziale opererà sotto la supervisione tecnico scientifica del Centro di Riferimento Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in età evolutiva che integrerà le competenze dell'équipe che opera nell'U.O.T. di N.P.I.

Attuazione del progetto

Il Dipartimento dell'Assessorato alla Sicurezza e Solidarietà Sociale considera l'attuazione di tale direttiva per l'assistenza neuropsichiatria in età evolutiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e quindi concorrente alla loro valutazione. In analogia con quanto previsto per i Servizi per la Salute Mentale degli adulti le singole Az. USL della Regione Basilicata destineranno in modo vincolato un adeguato finanziamento, che deve aggirarsi almeno intorno al 2%, in percentuale della quota capitolina, relativa agli abitanti nella fascia d'età 0-18, per realizzazione del progetto dell'assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva.

Per il funzionamento dell'attività Dipartimentale interaziendale le singole Az. USL, nell'ambito degli Accordi Interaziendali, prevederanno annualmente in percentuale sulla propria quota vincolata, una specifica quota che garantisca lo svolgimento delle funzioni assegnate alla Direzione del Dipartimento ed in particolare per i compiti di coordinamento delle attività, di progettazione e di raccolta dati e ricerca.

Delib.G.R. 3 settembre 2008, n. 1384 - Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale: recepimento

(Estratto)

2. Infanzia e adolescenza

Gli attuali servizi regionali per le problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza risentono della difformità nei modelli e nei tempi che sono stati perseguiti dalle singole Regioni nella loro programmazione e costituzione.

Le programmazioni regionali sembrano essersi mosse in questi ultimi decenni, nell'affrontare le tematiche delle patologie neurologiche, psichiatriche e neuropsicologiche in infanzia e in adolescenza, fondamentalmente seguendo due percorsi: in alcune Regioni i servizi sono stati indirizzati verso l'ambito della salute «materno-infantile», in altre verso i servizi psichiatrici per gli adulti e quindi verso i Dipartimenti di Salute Mentale. Altre Regioni non hanno ancora definito in modo preciso organizzazione e inquadramento dei servizi. Va però considerata la presenza nel nostro scenario legislativo di riferimento la coesistenza di due progetti obiettivi che affrontano questo tema.

Il P.O. «Tutela della salute mentale 1998-2000» stabilisce che «L'esperienza organizzativa dei servizi di salute mentale per la popolazione adulta, suggerisce che anche le attività di salute mentale dedicate all'età evolutiva (del bambino e dell'adolescente) possano essere realizzate all'interno di un modello dipartimentale, sia di tipo strutturale che tecnico-funzionale, a direzione unica che assicuri l'unitarietà degli interventi, la continuità terapeutica e il collegamento funzionale fra tutti i servizi coinvolti nella tutela della salute mentale, anche laddove collocati in differenti strutture operative».

Il P.O. «Materno infantile relativo al piano Sanitario nazionale per il triennio 1998-2000» ribadisce che «L'assistenza neuropsichiatria nell'infanzia e nell'adolescenza deve articolarsi seguendo anche le indicazioni contenute nel Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000” e in armonia con le “Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (7 maggio 1998)” specificatamente per quanto attiene all'età evolutiva» e indirizza, nel capitolo «Assistenza neuropsichiatria in età evolutiva», verso un modello di servizi definiti «Unità Operative territoriali e ospedaliere di Npl». Con questa definizione, così

come con quella di «Area organizzativa dei servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva» del P.O. «Tutela salute mentale» entrambi i 2 Progetti Obiettivi riconoscono di fatto che «la neuropsichiatria dell'età evolutiva integra, con numerosi vantaggi, tre competenze di base: psicopatologia dello sviluppo, neuropsicologia dello sviluppo e neurologia dello sviluppo (P.O. Tutela Salute mentale, pag. X, Marzo 1999)».

Entrambi i P.O. collocano dinamicamente all'interno di un unico settore programmatico e gestionale tutti quegli aspetti legati alla diagnosi e trattamento/riabilitazione delle disabilità orientate all'inclusione sociale, con quelli di un intervento psichiatrico storicamente caratterizzato da una forte spinta antiistituzionale e da approcci a impronta psico-sociale. Questa modalità programmatoria ha condotto nel nostro Paese ad una rete di servizi, se pur non omogeneamente diffusa su tutto il territorio nazionale, per la salute mentale in infanzia e adolescenza del tutto caratteristici nel senso che fanno riferimento ad un modello organizzativo differente da quelli esistenti in molti altri Paesi europei. Questi interventi possono essere inquadrati in contesti organizzativi definiti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza o di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (e in alcuni territori con l'inserimento del termine «e Riabilitazione»).

La realtà operativa

Se pure in modo disomogeneo e difforme tra i vari territori, alle volte anche all'interno delle singole Regioni, e con carenze e precarietà di personale, le reti operative si muovono su diverse aree:

- la promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza in un contesto di rete e di accordo tra servizi sanitari, sociali e educativi con una strategia di coinvolgimento delle famiglie;

- gli interventi di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza con un sempre maggiore impegno dei servizi verso la presa in carico di situazioni psicopatologiche primarie, anche in situazioni di emergenza, o secondarie a condizioni di deprivazione/emarginazione o disabilità;

- le attività nell'area delle disabilità sia sul versante diagnostico e riabilitativo che su quello dei processi di inclusione scolastica legati alla Legge 104.

Lo stato di benessere dell'infanzia è quindi uno degli obiettivi principali del Piano Sanitario Nazionale (PSN); le azioni volte a migliorare le condizioni di salute della popolazione in età evolutiva e la qualità della vita rivestono, pertanto, una particolare rilevanza nella programmazione sanitaria delle Regioni e delle singole Aziende Sanitarie.

In particolare, la Salute mentale in età evolutiva deriva dall'intreccio tra dotazione innata e ambiente, tra fattori di rischio e fattori protettivi, in un'interazione che è più dinamica, complessa e multifattoriale di quanto non sia per l'adulto. In età evolutiva non vi è una sola fonte di resilienza o di vulnerabilità, dal momento che entrambe costituiscono l'espressione di diversi fattori, genetici, biologici, familiari, ambientali e legati all'accesso alle cure.

La rilevanza della salute mentale per il benessere in età evolutiva e successivamente in età adulta richiede di affrontare questo tema con un'ottica di sistema, che inclusa il sociale, l'educativo, il sanitario, ecc. e che tenda a potenziare i fattori protettivi ambientali non agendo solo direttamente sul singolo.

La tutela della Salute mentale in età evolutiva mette al centro il bambino nel suo contesto ambientale (familiare, socio-culturale, educativo) e rappresenta pertanto una priorità che deve essere oggetto di investimento mirato.

In questo ambito, compito dei Servizi è sviluppare attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia d'età da 0 a 18 anni.

I Servizi si occupano quindi di problemi complessi in un periodo cruciale dello sviluppo con la necessità:

- di tenere conto del contesto sociale e familiare;
- di comprendere linguaggi specifici molto diversificati;
- di interagire con contesti fondati su logiche epistemiche differenti;
- di raccordare l'intreccio dei diversi saperi e delle diverse professionalità.

Questo scenario deve collocarsi all'interno di una cornice organizzativa che contempi tutte le tipologie di risposta: da quelle ambulatoriali a quelle ospedaliere, dalla dimensione territoriale a quella residenziale, dall'intervento in acuto alla riabilitazione intensiva, dalla prevenzione alla riabilitazione socio-sanitaria.

Alcune problematiche neuropsichiche dell'infanzia e dell'adolescenza, stanno assumendo una sempre maggiore evidenza:

a. Le patologie psichiatriche in età evolutiva rappresentano un bisogno emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta.

b. Le patologie neurologiche e la psicopatologia grave oltre a richiedere interventi terapeutici immediati e continuativi nel tempo, necessitano, a causa della loro rilevanza sociale ed assistenziale a lungo termine, di una presa in carico che rispecchi un progetto terapeutico funzionale.

c. La disabilità in età evolutiva presenta peculiarità che richiedono interventi integrati e complessi, volti alla riduzione del danno, al potenziamento delle autonomie individuali e sociali e alla prevenzione delle problematiche psicopatologiche che possono instaurarsi come effetti di comorbidità.

d. La riabilitazione in età evolutiva ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici età-specifici, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto; in età evolutiva esiste una stretta connessione tra riabilitazione funzionale e riabilitazione psico-sociale, per cui, nel trattamento, le disabilità devono essere considerate come problemi dello sviluppo e non semplicemente come disturbo di singole funzioni (neuromotorie, linguistiche, sensoriali, cognitive e della comunicazione).

Per attuare un intervento efficace nel campo dei disturbi neuropsichici in infanzia ed adolescenza, è necessaria un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita che possono essere così sintetizzati:

- a. reciproca interazione delle varie aree di sviluppo: motoria, cognitiva, psico-affettiva e relazionale;
- b. specifica attenzione (utilizzo di strumenti e metodi idonei) alle diverse fasce d'età (prima e seconda infanzia, età di latenza e preadolescenza, prima e seconda adolescenza), considerando l'adolescenza come un punto di passaggio in un continuum evolutivo di sviluppo;
- c. considerazione degli altissimi indici di comorbidità tra i vari disturbi, in diverse e successive fasce d'età.

Condizioni necessarie per garantire unitarietà e qualità negli interventi di prevenzione e di presa in carico sono:

- La presenza omogenea, sul territorio nazionale, di Servizi in grado di assicurare la valutazione, la diagnosi, la presa in carico, la cura e la riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici dei soggetti in età evolutiva, lo studio dello sviluppo complessivo del bambino e delle interferenze di eventi patogeni su di esso.

- La riqualificazione e integrazione di tutte le risorse esistenti attraverso:

a. una visione generale che permetta il superamento delle differenze normative esistenti tra le diverse tipologie di attività e di servizi; in particolare la ripercussione sui servizi delle diverse collocazioni tra DSM e Servizio Materno Infantile;

b. l'acquisizione di linguaggi omogenei (adozione di strumenti informativi reciprocamente interfacciabili; evoluzione da un sistema a prestazione ad un sistema che integri le prestazioni puntiformi in percorsi complessivi di presa in carico, indirizzi per l'accreditamento istituzionale e tra pari);

c. l'evoluzione a standard di qualità ed efficienza che tengano conto realisticamente delle necessità organizzative e dei teorici ideali di riferimento.

- Il lavoro in équipes multidisciplinari: (il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo sono necessariamente il frutto di una valutazione globale multiprofessionale specifica).

- Il monitoraggio dello sviluppo in condizioni di malattia nel tempo e nell'ambiente: la competenza specifica dei Servizi si esprime in una presa in carico complessiva e longitudinale che comprende sia prestazioni specificamente sanitarie che il supporto e il monitoraggio di altri interventi riabilitativi ed educativi successivi alla diagnosi.

- La formazione del personale sanitario e socio-educativo, che effettua in genere la prima rilevazione delle situazioni di rischio evolutivo e che è chiamato a collaborare alla gestione degli interventi successivi.

I bisogni del modello organizzativo

Considerata la complessità e la criticità dei compiti descritti che richiedono una specifica competenza specialistica, un elevato livello di integrazione con altre strutture, una articolazione di servizi che preveda strutture e competenze distrettuali, sovradistrettuali ed interdistrettuali, il modello organizzativo deve permettere di coniugare l'unitarietà di programmazione e l'omogeneità delle prestazioni con il decentramento distrettuale e la forte integrazione socio-sanitaria.

Il modello organizzativo deve rispondere ai seguenti presupposti:

a. i Servizi devono occuparsi unitariamente della fascia di età 0-18; le attività saranno articolate per rispondere in maniera specifica alle diverse esigenze delle varie fasce d'età, tenendo comunque presente la necessità di interventi integrati e continuativi fino al raggiungimento dell'età adulta;

b. la peculiarità della riabilitazione in età evolutiva rende fondamentale un approccio che mantenga o indirizzi questo settore di intervento nell'ambito dei Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza/Salute Mentale infanzia e adolescenza e Riabilitazione;

c. la necessità di garantire all'interno dei Servizi il livello di multiprofessionalità adeguato per numero e competenze e che le diverse professionalità impegnate nei servizi siano specificamente formate rispetto alla età evolutiva.

Strategie operative

I Servizi devono poter garantire l'attuazione delle seguenti strategie operative:

- Intervento integrato ospedale-territorio, che consente di identificare tempestivamente i disturbi e di rispondere ai bisogni del bambino-adolescente nel suo ambiente naturale di vita.

- Integrazione operativa con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali, con il Sistema Scolastico, il Sistema Giudiziario e le Organizzazioni del Terzo Settore.

- Lavoro in équipes multidisciplinari composte dalle figure professionali esperte nel campo dell'età evolutiva: neuropsichiatri infantili, psicologi clinici per l'età evolutiva, assistenti sociali (anche in collaborazione con i servizi sociali comunali), fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, infermieri, tecnici.

Indirizzi operativi

1. Promuovere il riconoscimento della salute mentale come una parte essenziale della salute dell'infanzia;
2. Integrare i servizi di salute mentale per i bambini, gli adolescenti e le famiglie nella più ampia rete di tutela sanitaria e sociale dell'infanzia e dell'adolescenza;
3. Diffondere e consolidare i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza/Salute mentale infanzia adolescenza e Riabilitazione all'interno della rete regionale, superando la disomogeneità della presenza dei servizi nei territori regionali, attraverso:
 - a. il potenziamento dei servizi;
 - b. il riordino/riorganizzazione delle risorse esistenti;
 - c. l'individuazione di nuove risorse economiche.
4. Potenziare l'integrazione ospedale-territorio anche attraverso la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi;
5. Sviluppare un sistema informativo specifico;
6. Garantire opportunità di cura uniformemente e omogeneamente distribuite su tutto il territorio nazionale;
7. Assicurare la continuità dei percorsi di presa in carico;
8. Operare per il miglioramento continuo di qualità e della valutazione delle attività dei servizi;
9. Incrementare i processi di formazione interistituzionale per il riconoscimento dei problemi di salute mentale nel mondo della scuola e per il miglioramento delle capacità di prevenzione e trattamento nella rete complessiva dei servizi.

Alcuni indirizzi di priorità

- a. Promozione di una cultura della salute in età evolutiva in raccordo con la rete dei Servizi dell'Area materno-infantile e dei Servizi sociali, in particolare in raccordo con i Servizi consultoriali e la rete Pediatrica;
- b. Raccordi con i Servizi di Psichiatria adulti e per le Tossicodipendenze e i Servizi sociali, per i minori figli di malati mentali cronici o di tossicodipendenti e per i minori in condizioni di rischio psico-sociale. Definizione di programmi specifici;

c. Programmi di intervento per l'area dei disturbi dello spettro autistico, in riferimento al documento conclusivo del Tavolo Ministeriale **Autismo**;

d. Adeguamento delle prestazioni ai Lea;

e. Accordi di programma tra servizi per garantire la continuità di cura al raggiungimento dell'età adulta dei minori in carico;

f. Raccordi a livello di Dipartimento Salute Mentale per la continuità di cura dei quadri psicotici a comparsa precoce in adolescenza e per le dimissioni protette degli adolescenti ricoverati in ambienti ospedalieri per patologie psichiatriche. In particolare vanno previsti Accordi di programma per garantire interventi integrati di cura, anche in situazioni di emergenza, negli scompensi psicotici o legati a disturbi della personalità, **autismo**, comorbilità psichiatrica in adolescenti con disabilità mentale.

La ricerca

Proprio in questo settore si sta registrando una evoluzione rapidissima delle conoscenze trascinate dallo sviluppo enorme della genetica e della biologia molecolare, e dalla crescita delle tecnologie biomediche a partire dal neuroimaging morfologico e funzionale.

Al fine di favorire il legame stretto dei servizi con l'innovazione e la sperimentazione clinica e gestionale, è necessario sviluppare una rete di ricerca a livello nazionale con finalità esplicite di ricerca:

- innovativa;
- valutativa;
- gestionale.

La rete di ricerca deve essere aperta al contributo di apporti anche esterni al sistema dei servizi e finalizzata a sviluppare attorno alle principali patologie neuropsichiche una progettualità che coniughi la innovazione potenzialmente utilizzabile e la valutazione delle risposte ai bisogni specifici che molte patologie determinano, nel solco di una crescente richiesta delle famiglie sempre più organizzate attorno a tipologie di problemi specifici.

In questo solco sarà fondamentale sperimentare forme nuove di continuità terapeutica con i servizi di salute mentale dell'età adulta e i servizi per disabili adulti che superino la dicotomia legata ad un puro dato anagrafico e tengano invece conto della età di insorgenza dei disturbi e della evoluzione del quadro clinico.

La prevenzione

Da un organico supporto di ricerca potrà discendere anche una azione di prevenzione diffusa, non solo attraverso la valorizzazione e la implementazione di modelli d'intervento propri della esperienza italiana, in primis quelli scolastici, ma anche attraverso una documentata opera corretta e aggiornata comunicazione sociale che incida sul problema dello stigma migliorando la comprensione pubblica e sociale dei fenomeni, a volte anche gravi, legati alla disabilità, alla malattia mentale e al disagio in infanzia e in adolescenza.