

**CONFERENZA DIRETTORI DI U.O. DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
SOC. ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA – SEZ. TOSCANA**

LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE NELLA PROSPETTIVA DELLA L.R. 28/2015

1. PREMESSA

La recente LR n.28/2015 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale) ha posto le basi per un riassetto istituzionale (e culturale) della sanità toscana.

Nell'attesa che vengano definite più specificamente le nuove dimensioni operative dei Servizi per le singole specialità mediche attraverso i differenti livelli organizzativi (dipartimentali, di struttura, funzionali), i medici toscani impegnati oggi nei Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza (dalle strutture di alta specializzazione alle équipes territoriali), consapevoli della necessità di un processo di riforma, ma allo stesso tempo orgogliosi di una grande tradizione scientifica e di una consolidata efficienza organizzativa, intendono cogliere l'opportunità di elevare ulteriormente gli standard delle proprie attività, sul piano della prevenzione, della diagnosi, della terapia e della riabilitazione, ripensando non soltanto l'organizzazione complessiva della rete ma anche la composizione dei singoli nodi.

Per perseguire tale obiettivo, i Neuropsichiatri dell'Infanzia e dell'Adolescenza offrono la loro collaborazione alle istituzioni regionali per l'individuazione condivisa di scelte valide sotto il profilo dell'appropriatezza dei processi di diagnosi e cura, oltre che della sostenibilità globale del sistema.

Il presente documento passa in rassegna la realtà attuale della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza nella regione Toscana, mettendone in luce i punti di forza e le criticità, per concludere con alcuni elementi di riflessione congruenti con la pianificazione di una strategia articolata di riorganizzazione della disciplina.

2. ATTESE EPIDEMIOLOGICHE

La popolazione generale sotto i 18 anni d'età nella Regione Toscana ammonta a 574.523 unità, pari al 15% dei circa tre milioni e settecentomila residenti (dati ISTAT 1-1-2014).

La letteratura scientifica internazionale consente oggi di fissare la prevalenza dei disturbi neuropsichici in età evolutiva, cioè la percentuale di casi all'interno della popolazione di età inferiore ai 18 anni, al **18-22%** (Fonagy 1997, Missiuna 2001, Merikangas 2010). In altre parole, l'utenza potenziale dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) in Toscana è stimabile in oltre 100.000 unità ed è opportuno considerare che la presa in carico tempestiva di un disturbo esordito in età evolutiva può evitare o ridurre significativamente l'espressione della sintomatologia in età adulta (Opler 2010).

Gli utenti che nel 2014 hanno avuto almeno un contatto con i servizi territoriali toscani di NPIA sono stati circa **45.000**, pari a circa l'8% della popolazione 0-17 anni, con prevalenza variabile dal 6 all'11% in rapporto alle zone geografiche.

Gli utenti complessi (cosiddetti alti utilizzatori, per l'alto numero di prestazioni assorbite) rappresentano circa un terzo di tale quota.

Oltre **10.000** bambini e adolescenti in Toscana sono portatori di handicap certificato ai sensi della L.104/92 e hanno un insegnante di sostegno a scuola (25-30% di tutti gli utenti, pari a oltre il 2% della popolazione 0-17).

Quest'ultima categoria di utenti non soltanto risulta molto ampia (da 600 a 1200 casi per ogni servizio territoriale di NPIA, con **rapporto medico/casi in carico pari, in media, a 1/100**), ma richiede uno stretto rapporto con le istituzioni scolastiche da parte degli operatori sanitari, che risultano in tal modo gravati da un impegno consistente in termini di colloqui, incontri, verifiche e documentazioni previste per legge (diagnosi funzionale, profilo dinamico funzionale, piano educativo individualizzato), che si somma all'attività clinica ordinaria.

Il percorso dei minori con disturbi neuropsichici nei casi più complessi attraversa la rete dei servizi di Neuropsichiatria Infantile toscani, incontrando anche la fase ospedaliera nei centri di III livello. Si tratta di una dimensione epidemiologica rilevante e complementare rispetto a quella territoriale.

Dai dati relativi all'**AOU Meyer** di Firenze, nel 2014 presso la SODc Neurologia Pediatrica sono stati effettuati **2.433 ricoveri** (978 RO e 1455 DH); presso la seconda struttura dell'AOU Meyer, la SODs Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, sono stati effettuati **671 ricoveri** (63 RO e 608 DH).

Riferendosi ai dati dell'**IRCCS Stella Maris** di Calambrone (PI), nel 2014 sono stati effettuati **1055 ricoveri** (273 RO e 782 DH) provenienti dalla Regione Toscana tra gli oltre 2000 ricoveri annui della struttura; di questi, 597 (401 DH e 196 RO) sono stati i minori in prima diagnosi.

La degenza media, nel 2014, è risultata di 6,2 giorni per le patologie neurologiche, di 10,5 giorni per le patologie psichiatriche.

Nel 2014, inoltre, **158** minori toscani (122 DH e 36 RO) hanno effettuato percorsi neuroriabilitativi ad alta intensità di cura (codice 75) per gravi disabilità neuropsichica mentre **74** hanno effettuato un ricovero, in regime di RO, presso il reparto di emergenza psichiatrica dedicato esclusivamente all'utenza regionale.

Per quanto riguarda l'**Azienda Ospedaliera Universitaria Senese**, nel corso del 2014 presso la UOC Neuropsichiatria Infantile sono stati effettuati **1323 ricoveri** (739 RO e 584 DH), dei quali circa il 90° di provenienza extraregionale.

3. MISSION E ORGANIZZAZIONE

Mandato

Il mandato dei Servizi di NPIA comprende la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psicopatologici della popolazione in età 0-17 anni e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino e dell'adolescente nelle sue varie linee di espressione psicomotoria, cognitiva, linguistica, affettiva e relazionale (PSSIR 2012-15, p. 184).

La **prevenzione** riconosce una particolare attenzione ai determinanti di salute che possono interferire con un corretto sviluppo neuropsichico.

La **diagnosi** è caratterizzata dal riconoscimento precoce delle condizioni individuali e socio-ambientali che influiscono sullo sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente.

La **cura** mira ad un intervento precoce, efficace e sostenibile finalizzato al ripristino totale o parziale delle competenze di sviluppo.

La **riabilitazione** prevede tutte le azioni finalizzate al recupero parziale o totale delle funzioni di base (motoria, linguistica, relazionale e cognitiva).

Le conoscenze oggi disponibili rendono possibile l'impiego di sofisticati strumenti di diagnosi, utilizzati anche nella ricerca (Risonanza Magnetica, EEG, sonde genetiche) e di protocolli terapeutici e riabilitativi sempre più efficaci. L'efficacia dipende però, in larga misura, dalla capacità di attivare una serie integrata di interventi, spesso combinati, sul piano farmacologico, riabilitativo, assistenziale e psicoeducativo.

Le strutture demandate a svolgere a vari livelli questi compiti nella nostra Regione sono costituite attualmente dai tre grandi Centri Ospedaliero-Universitari (Ospedale Meyer a Firenze, IRCCS Stella Maris a Pisa, Ospedale Le Scotte a Siena), che fungono da snodi principali (Hub), e dai servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia e Riabilitazione, afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale e denominati attualmente, nella maggioranza dei casi, UFSMIA (Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia e Adolescenza), che fungono da terminali (Spokes) e che hanno sede a livello zonale/distrettuale nell'ambito delle 12 Aziende USL toscane.

Modello operativo e rete dei servizi

Il modello operativo dei Servizi di NPIA, forte di una storia consolidata di oltre 30 anni, può oggi avvalersi anche della straordinaria espansione delle conoscenze e delle opzioni terapeutiche a disposizione dei professionisti, rese possibili dall'avanzamento della ricerca scientifica a livello nazionale e internazionale.

Tale modello è basato sul **lavoro di gruppo multiprofessionale** che vede coinvolti i medici insieme agli operatori delle professioni sanitarie (psicologi, operatori della riabilitazione, infermieri, educatori professionali), sulla **collaborazione e interazione interdisciplinare** tra gli operatori sanitari dell'età evolutiva e il complesso dei servizi sociali ed educativi, sul **coinvolgimento della famiglia** in tutti gli aspetti del percorso di presa in carico, sulla **gestione unitaria e complessiva dell'intervento riabilitativo**, attraverso programmi selettivi e mirati, erogati tempestivamente e per il tempo necessario, sin dalla prima infanzia.

La complessità degli interventi, in termini di variabili (patrimonio genetico, ambiente e dinamiche familiari, contesto di vita, scuola, ecc) che condizionano lo sviluppo infantile e i suoi disturbi, rende necessario un costante lavoro di integrazione all'interno del singolo Servizio e di raccordo tra Servizi, che si dipana essenzialmente su tre livelli, tra loro correlati:

- la **rete degli operatori interna al Servizio**, che vede coinvolte le diverse professionalità (Neuropsichiatri Infantili, Psicologi, Infermieri, Logopedisti, Fisioterapisti, Terapisti della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, Educatori, Assistenti Sociali) in uno scambio costante di informazioni relative alla diagnosi, al progetto terapeutico-riabilitativo, all'evoluzione e alle criticità del paziente in età evolutiva;
- la **rete locale esterna al Servizio**, che mette in relazione differenti agenzie territoriali (Servizio di NPIA, Ospedale territoriale, Servizio Sociale, Scuola, Centri Diurni, Volontariato e Terzo Settore) in uno sforzo di traduzione di linguaggi e di ricerca di percorsi condivisi, per mantenere centrale la visione unitaria del bambino o dell'adolescente;
- la **rete di collegamento tra Centri Ospedaliero-Universitari e Servizi territoriali**, da tempo attuata nella nostra realtà regionale secondo il modello Hub-Spoke, che prevede l'invio del paziente presso un Centro di alta specializzazione (Hub) quando la soglia di complessità supera la capacità di intervento del territorio (Spoke) e il ritorno del paziente stesso al territorio di riferimento una volta esaurita la fase critica.

4. I CENTRI OSPEDALIERO UNIVERSITARI

A) Azienda Ospedaliera Universitaria 'Meyer', Firenze

Sono presenti due strutture principali, afferenti al Dipartimento di neuroscienze dell'AOU 'Meyer' di Firenze. La SODc (struttura organizzativa dipartimentale complessa) di **Neurologia Pediatrica**, situata all'interno dell'Ospedale Meyer di Firenze, affronta diagnosi e cura nei bambini con patologie di interesse neurologico ed in particolare epilessie, disturbi del movimento, malformazioni del sistema nervoso, malattie infiammatorie del sistema nervoso e disabilità intellettive. Viene inoltre effettuato lo studio prechirurgico delle epilessie farmaco-resistenti.

L'approccio clinico è integrato dalla ricerca scientifica, al fine di garantire ai pazienti l'accesso alle metodiche diagnostiche e ai trattamenti più innovativi. La ricerca clinica è stata negli anni costantemente supportata da progetti competitivi nel settore 'Salute' della Comunità Europea, del Ministero della Salute, e della Regione Toscana. I trial clinici e le pubblicazioni scientifiche rappresentano obiettivi di qualità e contribuiscono alla

traslazione di modelli innovativi o sperimentali alla pratica clinica. L'attrazione extraregionale della casistica afferente alla SOD di Neurologia Pediatrica è superiore al 50% delle degenze totali.

La struttura è sede della Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Firenze.

La SODs (struttura organizzativa dipartimentale semplice) di **Psichiatria dell'infanzia e dell' Adolescenza e Neuroriabilitazione**, che ha sede c/o Villa Ulivella, Firenze, si occupa della diagnosi, della cura e della riabilitazione dei bambini e degli adolescenti con patologie di interesse psichiatrico ed in particolare disturbi del comportamento alimentare, disturbi dello spettro autistico, disturbi d'ansia, disturbi della condotta, disturbi psicotici, disturbi bipolari e dell'umore, disturbi della personalità e disturbi da stress post-traumatico. La SODs gestisce inoltre le emergenze/urgenze psichiatriche che hanno accesso al DEA (Dipartimento Emergenza/Urgenza).

I due reparti sono caratterizzati entrambi da una dotazione propria di risorse strutturali, umane e tecnologiche tali da garantire il percorso assistenziale nel rispetto dell'alta intensità di cura.

Le due SOD hanno rispettivamente 14 e 6 posti letto per i ricoveri in regime ordinario ed entrambe erogano DH e prestazioni ambulatoriali. La SODs di Psichiatria dell'infanzia e dell' Adolescenza e Neuroriabilitazione effettua DH terapeutici dal lunedì alla domenica (circa 12 al giorno).

B) IRCCS Fondazione 'Stella Maris', Calambrone (Pisa)

L'IRCCS Fondazione Stella Maris è l'unico Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) con sede principale in Toscana e il solo in Italia dedicato esclusivamente all'assistenza e alla ricerca nell'ambito della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. E' articolata nella struttura centrale di Calambrone e in quelle di San Miniato (Casa Verde e La Scala) e Montalto di Fauglia.

Si tratta di una struttura d'avanguardia che coniuga i migliori livelli di cura con un'elevata qualità della ricerca scientifica nell'ambito delle neuroscienze. Tra le patologie trattate, le principali sono: disabilità intellettiva, autismo, patologie neurologiche anche rare, disturbi del movimento, disturbi delle condotte alimentari, ADHD e disturbi della condotta.

La Fondazione ha sempre posto particolare attenzione alla formazione continua nell'area della Neuropsichiatria Infantile in collaborazione con l'università di Pisa ed è sede della Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, del Dottorato di Ricerca in Neuroscienze di base e dello Sviluppo e del Corso di Laurea per Terapisti dell'età evolutiva dell'Università di Pisa.

L'attività assistenziale ospedaliera (58 posti letto) e extraospedaliera (42 posti letto) si svolge all'interno delle 6 Strutture Organizzative del Dipartimento Clinico di Neuroscienze dell'età Evolutiva:

- **U.O. Complessa 1: Neurologia e Neuroriabilitazione dello Sviluppo** (5 posti DH e 15 posti RO) che ricovera pazienti con disturbi prevalentemente neurologici. All'interno di questa U.O. è presente anche **U.O. Semplice di Neuroriabilitazione per disabilità gravi** (Codice 75 con 3 posti in DH e 7 in RO).
- **U.O. Complessa 2: Psichiatria e Psicofarmacologia dello Sviluppo** (5 posti DH e 8 in RO), che ricovera minori con disturbi psichiatrici ed in cui sono presenti il reparto per l'emergenza psichiatrica con 3 posti letto (dedicati a pazienti regionali) e il Centro di riferimento Regionale per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD.
- **U.O. Complessa 3: Psichiatria dello Sviluppo** (5 posti DH e 7 in RO), che ricovera minori con Disturbo dello Spettro Autistico o Disturbo della Condotta Alimentare. A questa UO fanno capo anche il Servizio per la valutazione e trattamento dei disturbi della condotta "Al di là delle nuvole" ed il Servizio per il trattamento dei disturbi psicopatologici prescolari "Cercò Asilo".
- **U.O. Complessa di Malattie Neuromuscolari, Neurogenetica e Malattie Muscolari** che svolge prevalente attività ambulatoriale e DH offrendo percorsi multidisciplinari di diagnosi, caring e follow-up e comprende un Laboratorio di Medicina Molecolare.
- **U.O. Complessa 4: Riabilitazione neuropsichica per post-acuti:** accoglie in regime post-ospedaliero bambini ed adolescenti di 3-18 anni d'età affetti da patologie neuropsichiche gravi per interventi riabilitativi intensivi, effettuati in cicli brevi.

C) Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena

La UOC di Neuropsichiatria Infantile, situata all'interno dell'Ospedale Santa Maria alle Scotte di Siena, afferisce al Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale. E' centro di diagnosi e cura dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva, con maggiore rilievo per i disordini dello spettro autistico e per la sindrome di Rett, di cui è Centro di riferimento regionale e nazionale.

La struttura di NPI è composta di 11 letti di degenza ordinaria e di 3+1 letti di Day Hospital. In collegamento con la UOC di NPI è la proiezione di Riabilitazione e logopedia dell'età evolutiva, cui afferiscono due logopedisti, uno psicomotricista e uno psicologo.

L'attività clinica è affiancata a quella di ricerca scientifica. In particolare l'unità è centro di riferimento di terzo livello per i disturbi dello spettro autistico con afferenza da tutto il territorio nazionale, prevalentemente dal centro-sud. Sono ammessi per la valutazione ed il trattamento bambini in età prescolare ed in età scolare, nonché adolescenti e giovani adulti che hanno accesso in regime di DH. Anche per quanto concerne la sindrome di Rett, malattia rara del neurosviluppo, vi è afferenza da tutto il territorio nazionale per la valutazione e l'avvio di trattamenti sperimentali.

Sono inoltre prese in carico le seguenti patologie: epilessie del bambino e dell'adolescente con diagnostica elettroencefalografica, disturbi delle condotte alimentari, cefalee in età evolutiva, sindrome da deficit dell'attenzione ed iperattività, disturbi da tic e sindrome di Tourette, ritardi dello sviluppo e difficoltà di apprendimento.

Attività principali dei Centri Ospedaliero Universitari

Attività di ricerca con particolare attenzione alle ricadute sulla clinica (ricerca traslazionale).

Diagnosi e indicazioni terapeutico-riabilitative delle patologie che necessitano di ricovero e/o accertamenti strumentali complessi (RM, EEG, indagini genetiche).

Trattamento dei casi complessi in fase di acuzie.

Riabilitazione in regime di ricovero.

Raccordo con le UONPIA e UFSMIA territoriali.

5. LE STRUTTURE TERRITORIALI

Organizzazione

Pur non avendo denominazione univoca nelle diverse realtà (Unità Operative, Strutture Operative, Unità Funzionali), le strutture territoriali toscane sono di fatto costituite da Unità Multiprofessionali demandate alla tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Come tali esse afferiscono ai Dipartimenti di Salute Mentale, producendo ed erogando prestazioni sanitarie di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica e Riabilitazione Funzionale.

Le unità (équipes) multiprofessionali sono di norma costituite dalle seguenti figure:

- il Neuropsichiatra Infantile, responsabile clinico e generalmente coordinatore del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo del paziente;
- lo Psicologo, che di norma effettua valutazioni cliniche e psicodiagnostiche, counseling e psicoterapia;
- l'Infermiere, con funzioni di nursing e di supporto organizzativo;
- il Logopedista, con funzioni di valutazione e trattamento del paziente;
- il Fisioterapista (con specifica formazione per l'età evolutiva) e il Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, con funzioni di valutazione e trattamento del paziente;
- l'Educatore Professionale, con funzioni di valutazione e di trattamento psicoeducativo del paziente;
- l'Assistente Sociale, con funzioni di collegamento con il sistema delle risorse sociali e di rapporto con la famiglia del paziente.

In alcune realtà è prevista l'assegnazione del paziente a un *case manager*, individuato tra uno degli operatori dell'équipe in base alle problematiche prevalenti del soggetto: il *case manager* ha il compito di mantenere contatti periodici con la famiglia del paziente, informare dei mutamenti della situazione clinica il medico responsabile, agire da raccordo nelle riunioni d'équipe, partecipare agli incontri istituzionali con la scuola per i minori portatori di handicap certificati ai sensi della L. 104/1992.

Il coordinamento degli interventi nell'ambito di zone territoriali omogenee, attualmente corrispondenti alle 12 Aziende USL, è di norma assicurato da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile con funzioni di responsabilità apicale.

Attività principali delle strutture territoriali

Diagnosi e cura (attività ambulatoriale) delle patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che necessitino di ricovero, con presa in carico delle situazioni cliniche che lo richiedono.

Controllo e trattamento di patologie complesse già diagnosticate presso centri di 3° livello (IRCCS Stella Maris di Pisa, Osp. Meyer di Firenze, Osp. Le Scotte di Siena).

Riabilitazione ambulatoriale delle funzioni alterate dello sviluppo (cognitivo, linguistico, relazionale, motorio)

Interventi nelle scuole di ogni ordine e grado ai sensi della L. 104/1992 e della L. 170/2010.

Attività atte a favorire l'**inserimento scolastico e sociale e gli interventi educativi**, in collaborazione con il Servizio Sociale.

Consulenze alla scuola, su richiesta della famiglia, per i soggetti in carico.

Consulenze, a richiesta, alle UUOO ospedaliere, per i soggetti ricoverati.

Attività di prevenzione (secondaria e terziaria).

Attività di particolare rilievo svolte in alcune strutture territoriali

Percorso dedicato per i Disturbi dello Spettro Autistico.

Percorso dedicato per i Disturbi specifici dell'apprendimento (DSAp).

Percorso dedicato per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Percorso dedicato per le patologie neuromotorie dell'età evolutiva.

Percorso dedicato per i Disturbi dell'Attenzione (ADHD).

Centri diurni per soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico.

Follow up dei neonati a rischio.

Ambulatorio dedicato per l'epilessia con EEG.

Modulo di Neurologia dell'Età Evolutiva (epilessie e cefalee).

Centro di riferimento S. di Rett.

6. I DISTURBI PREVALENTI

Circa un terzo di tutti gli utenti dei Servizi di NPIA è affetto da una condizione cronica, cioè persistente nel tempo (spesso per tutta la vita), che comporta un impegno continuativo e prolungato degli operatori (medici, psicologi, personale della riabilitazione), saturando in modo costante le risorse annuali disponibili.

- I **disturbi del linguaggio** sono i più numerosi in assoluto, rappresentando il 20% di tutti gli utenti. Poiché il numero di casi che necessitano di trattamento specifico è molto elevato in rapporto al personale della riabilitazione (Logopedisti) oggi disponibile presso i Servizi territoriali, i tempi d'attesa per un ciclo riabilitativo ambulatoriale nell'ambito del SST risultano attualmente non inferiori a 6-12 mesi, costringendo spesso le famiglie a rivolgersi a strutture private.

- I **disturbi delle funzioni cognitive** (insieme a quelli dell'apprendimento) sono tra le categorie diagnostiche numericamente più consistenti. La disabilità intellettiva, che costituisce il 10% di tutti i casi afferenti alla NPIA, è una condizione potenzialmente disabilitante, che necessita di una serie di interventi finalizzati a potenziare le capacità del soggetto sul piano sociale e dell'autonomia: tali interventi richiedono che il lavoro

coinvolga anche e soprattutto il contesto di vita (famiglia, scuola, tempo libero), affinché lo sviluppo sia il più possibile armonico e vengano preservate le potenzialità residue. A tutt'oggi, comunque, la disponibilità di percorsi specifici per la presa in carico globale di questi disturbi risulta assai limitata.

- I **disturbi specifici d'apprendimento**, cioè la dislessia (disturbo della lettura), la disortografia (disturbo della correttezza ortografica), la disgrafia (disturbo della scrittura) e la discalculia (disturbo della capacità di calcolo), interessano circa il 10-20% di tutti gli utenti. Sono problematiche per le quali oggi esiste una grande attenzione da parte delle famiglie e delle scuole, in particolare a seguito della recente l. 170/2010, che ha disciplinato le modalità procedurali in caso di difficoltà di apprendimento. Purtroppo l'invio ai Servizi di NPIA risulta non sempre appropriato e l'attuale eccesso di segnalazioni è causa di un intasamento delle strutture territoriali demandate alla diagnosi.

- I **disturbi dello spettro autistico** coinvolgono il 3% degli utenti dei Servizi. Si tratta di condizioni assai gravi, che richiedono una diagnosi precoce e un altrettanto precoce trattamento, soprattutto per ridurre le conseguenze che possono risultare devastanti sul piano socio-relazionale, cognitivo e comportamentale. Esiste attualmente in Toscana una rete di Servizi, sia ospedalieri che territoriali, dedicata specificamente a tale particolare problematica; in alcune realtà locali sono inoltre presenti centri diurni dedicati.

- I **disturbi neuromotori** costituiscono un gruppo eterogeneo di gravi patologie che colpiscono in particolare lo sviluppo della funzione motoria del 2-3% degli utenti dei Servizi. Le paralisi cerebrali infantili sono le condizioni maggiormente rappresentate, seguite dalle malattie neuromuscolari e dalle sindromi metaboliche; all'interno del gruppo sono rappresentati anche i ritardi dello sviluppo nel periodo 0-2 anni. In diversi ambiti territoriali sono attivi da tempo gruppi di lavoro dedicati alla presa in carico di queste patologie.

- I **disturbi del comportamento** (2% dell'utenza) e i **disturbi delle funzioni attentive** (ADHD, 2-3% dell'utenza) sono condizioni emergenti per la complessità della presa in carico, che richiede una gestione a più livelli (supporto familiare, terapia comportamentale, intervento educativo, terapia farmacologica), non sempre declinabile in modo ottimale in rapporto alle risorse dei Servizi. E' comunque in atto uno sforzo congiunto di tutte le realtà locali, in rete con i Centri di Riferimento regionali, per una definizione di protocolli condivisi di intervento.

- I **disturbi psicopatologici**, comprese le **emergenze psichiatriche** (10-12% degli utenti), rappresentano un ulteriore gruppo di problematiche caratterizzate da elementi critici e imprevedibili, che rendono necessario uno stretto rapporto di rete tra Centri di alta specialità e Servizi territoriali per la gestione del paziente in fase di acuzie (crisi comportamentale, tentativo di suicidio, aggressività verso di sé o verso altri) e la successiva riaccoglienza da parte del Servizio territoriale dopo la dimissione.

- I **disturbi del comportamento alimentare** (anoressia e bulimia), benché rari (0,5-1,5% di tutti gli utenti), costituiscono un'emergenza sul piano medico, potendo evolvere rapidamente in gravi alterazioni delle funzioni metaboliche e cardiocircolatorie, tali da mettere a rischio la sopravvivenza. La presa in carico richiede una specifica formazione degli operatori e insieme un lavoro di équipe multiprofessionale allargata (neuropsichiatra infantile, psicologo, dietista, infermiere, educatore professionale).

7. LE CRITICITA'

Sistema informativo

Il sistema informatizzato di raccolta dati utilizzato negli ultimi anni dalla maggioranza dei Servizi si è rivelato, nel corso del tempo, largamente inadeguato, per una serie di motivi, tra i quali la scarsa maneggevolezza e lentezza dell'interfaccia operatore, la mancanza di dialogo con altri sistemi informatici sanitari, la non utilizzabilità come cartella elettronica, l'ambiguità dell'indice delle prestazioni.

Tali difficoltà hanno impedito un corretto ed uniforme flusso dei dati in Regione e la loro efficace elaborazione, con risultati assai disomogenei da territorio a territorio e discrepanti rispetto alle attività effettivamente svolte dagli operatori (basti pensare che il dato relativo al numero assoluto di prestazioni è talmente oscillante da un Servizio all'altro da non risultare di alcuna utilità).

L'annuncio del prossimo passaggio ad un nuovo sistema informativo, uguale per tutti i Servizi, non può che assicurare rispetto alle prospettive future, soprattutto in merito all'efficacia e all'efficienza dell'invio dei dati, della loro ricezione e del loro utilizzo sia a fini clinici che di ricerca.

Modelli organizzativi

Le équipes territoriali continuano a condividere un modello multiprofessionale unico e consolidato, portato avanti anche in assenza di una chiara definizione istituzionale di ruoli e mandati. Una recente ricognizione dell'attuale organizzazione territoriale dei Servizi ha mostrato una realtà variegata, nella quale i modelli organizzativi non solo hanno differenti nomi (Unità Operative, Strutture Operative, Unità Funzionali, ecc.) ma anche differenti sistemi di gerarchia funzionale, differenti modalità di assegnazione degli operatori, differenti professionalità per uno stesso ruolo (ad es. medico/psicologo per il coordinamento delle UFSMIA).

In alcune realtà, gli operatori della riabilitazione (come i Fisioterapisti) sono in proiezione da altre unità organizzative e questo rende problematico il coordinamento nell'ambito dell'équipe funzionale; in altre, il coordinamento tecnico di UF è affidato a figure non mediche, nonostante la diagnosi e il conseguente progetto di intervento terapeutico-riabilitativo comportino conoscenze legate ad aspetti organici (funzionamento dell'apparato visivo, uditivo, bucco-fonatorio, motorio, cardiorespiratorio, ecc.) e di carattere neuro-psicofarmacologico, che non appartengono al bagaglio tecnico-culturale di professionalità non mediche.

E' da sottolineare come attualmente i Servizi di NPIA territoriali afferiscano ai Dipartimenti di Salute Mentale (a differenza dei Centri Ospedaliero Universitari, che fanno parte dei Dipartimenti di Neuroscienze o Materno-infantili), pensati e organizzati per un'utenza adulta con problematiche di tipo psichiatrico, mentre la salute mentale in età evolutiva ha una propria peculiarità di approccio sul piano diagnostico e terapeutico-riabilitativo, intersecandosi spesso con elementi di disturbo delle funzioni del neurosviluppo.

Utenza in aumento e cronicità

Negli ultimi anni si è assistito a un significativo incremento del numero degli accessi ai Servizi e dei casi in carico (+30% negli ultimi otto anni) ed è in espansione anche la complessità che i nuovi utenti presentano, in termini di diagnosi e di bisogni terapeutici.

Sono aumentati i disturbi comportamentali e le difficoltà di attenzione, in parte per la ridotta capacità degli adulti di fornire ai bambini e agli adolescenti di oggi concreti punti di riferimento e regole certe, in parte a causa della fase economico-sociale sfavorevole, evidente causa di stress per le famiglie.

E' aumentata la sopravvivenza dei soggetti affetti da gravi patologie esitali e genetiche, frutto dei recenti avanzamenti tecnologici.

Sono aumentate le richieste, soprattutto da parte degli insegnanti, di valutazione di bambini e adolescenti per difficoltà scolastiche di vario genere o per sospetto disturbo specifico dell'apprendimento.

Una parte consistente degli utenti dei Servizi territoriali (più di un terzo) è ormai costituita da bambini o adolescenti affetti da disabilità cronica e in possesso di attestazione di handicap, spesso con carattere di gravità. Questo genere di utenti dovrebbe usufruire in via prioritaria di percorsi dedicati, strutturati e prolungati nel tempo, ma questi sono al momento previsti solo nei confronti di particolari categorie di disturbi (autismo, disturbi specifici dell'apprendimento), ponendo questioni ancora irrisolte di equità ed eticità.

A fronte di una mole considerevole di contatti, interventi, attività (ogni anno 8 minori ogni 100 residenti hanno almeno un contatto con le strutture territoriali di NPIA), il personale dei Servizi non ha subito incrementi e in alcuni casi, anzi, si è assistito alla riduzione del numero di operatori. Ad oggi la totalità delle strutture combatte contro una saturazione delle risorse che riduce progressivamente spazi ed energie disponibili per i singoli bambini/adolescenti e per le loro famiglie.

Emergenze/urgenze

L'invio in tempi adeguati ai Centri Ospedaliero Universitari dei pazienti che presentano un'emergenza psichiatrica risulta troppo spesso difficoltoso, soprattutto a causa del numero ridotto dei posti disponibili (al momento 3 posti presso IRCCS Stella Maris e 1 posto presso AOU Meyer). In altri casi si rivela difficoltosa la

dimissione del minore dai Centri di III livello, allorché sia necessario un ingresso in strutture residenziali terapeutiche oppure, nella fase di post-acuzie, di un intervento multimodale e di stretto monitoraggio clinico. Si sottolinea la necessità, per ottimizzare il percorso di cura, di un protocollo condiviso che permetta una gestione corretta del passaggio del paziente dal Territorio al Centro e dal Centro al Territorio (Spoke-Hub-Spoke), anche se un tentativo di definizione è già stato avviato ed è tuttora in corso.

Rapporti con le istituzioni scolastiche

In diverse realtà il livello di collaborazione tra Servizi territoriali di NPIA e mondo della scuola risulta discreto, non solo per la lunga consuetudine operativa, ma anche per la messa in atto di numerose iniziative condivise di formazione e di confronto su temi specifici. In altre realtà il rapporto con le istituzioni scolastiche è limitato agli incontri (G.L.I.C.), di norma previsti all'inizio e al termine di ogni anno scolastico, che il Neuropsichiatra Infantile, da solo o con altri operatori sanitari, effettua con gli insegnanti e i genitori degli alunni con handicap: considerato il fatto che ogni Neuropsichiatra Infantile, di norma, ha in carico un centinaio di casi certificati, per assolvere pienamente il suo debito istituzionale il medico deve dedicare a tale attività dai due ai quattro mesi del suo tempo-lavoro (per 100 casi occorrono infatti, considerando anche i trasferimenti dalla sede di lavoro alle scuole, dalle 4 alle 8 settimane di lavoro continuativo per due volte l'anno).

Tale stato di cose rende la maggior parte dei Servizi di NPIA di fatto inutilizzabili per altre attività nei periodi ottobre-novembre e aprile-maggio di ogni anno.

Rapporti con l'autorità giudiziaria

Tutti i Servizi territoriali stanno registrando un aumento delle richieste di intervento da parte dell'autorità giudiziaria, in particolare del Tribunale per i Minorenni, per la valutazione o la presa in carico di situazioni socio-familiari spesso gravemente compromesse e condizionate da provvedimenti di allontanamento o di affidamento. Questo genere di lavoro assorbe una grande quantità di risorse, in termini di tempo-operatore, per ogni singolo caso.

Formazione e aggiornamento

Gli interventi nell'ambito della NPIA sono oggi mirati e dotati di efficacia, secondo il modello della EBM (Evidence Based Medicine); allo stesso tempo, risultano più complessi e impegnativi rispetto al passato, richiedendo ai professionisti, medici e non, una formazione adeguata e un aggiornamento continuo. La formazione, tuttavia, risulta poco incoraggiata in molte realtà locali, a causa di una burocrazia eccessiva, di una scarsa attenzione da parte del management, o per lo spostamento sulla clinica, per supposte necessità di servizio, delle ore potenzialmente destinate all'aggiornamento. Eppure, un'adeguata formazione del personale è in grado di ridurre il rischio di burn out degli operatori (già particolarmente elevato nelle professioni sanitarie), contribuendo, dunque, sia direttamente che indirettamente, all'efficienza e all'efficacia dei Servizi.

8. LE PROPOSTE IN RELAZIONE ALLA RIORGANIZZAZIONE DEL SST

Sistema informativo

E' opportuno che il nuovo sistema informatizzato di raccolta dati abbia le seguenti, necessarie caratteristiche:

- rapidità di introduzione dei dati;
- interfaccia operatore *user friendly*;
- capacità di dialogo con sistemi informatici paralleli;
- possibilità di utilizzo come cartella sanitaria elettronica;
- uniformità nella definizione delle voci relative alle prestazioni.

Equipe multidisciplinari

E' necessario che i Servizi di NPIA possano continuare ad operare secondo un modello di **équipe multidisciplinare**, evitando il rischio di uno smembramento del gruppo di operatori che condurrebbe a una grave frammentazione degli interventi, compromettendo l'efficacia dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, riducendo l'appropriatezza degli interventi e portando a un possibile aumento incontrollato della domanda di prestazioni incongrue.

E' necessario che vengano definite con chiarezza le **tipologie professionali**, i ruoli e le competenze degli operatori che formano l'équipe, costituendo quest'ultima l'elemento organizzativo primario.

E' necessario che ogni équipe abbia un **clinical manager** di riferimento, con funzioni di responsabile clinico e di coordinatore dei percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi dei pazienti.

E' necessario che un **case manager** venga assegnato dal **clinical manager** a ogni paziente, in base al disturbo funzionale prevalente: il **case manager** ha il compito di mantenere i contatti con la famiglia del paziente, informare dei mutamenti della situazione clinica il medico responsabile, agire da raccordo nelle riunioni d'équipe, partecipare agli incontri con la scuola (G.L.I.C.), previsti nel caso di pazienti con handicap.

E' necessaria un'**assegnazione funzionale** di tutti gli operatori dell'équipe, medici e non, a un'unica struttura con un unico responsabile/coordinatore, evitando proiezioni da strutture operative o funzionali afferenti a responsabilità esterne.

E' necessaria l'**allocazione in un'unica sede fisica** delle diverse figure che compongono l'équipe (medici, psicologi, terapisti, logopedisti, educatori), perché sia reso possibile lo svolgimento di tutte le attività in modo coordinato.

E' necessario che vengano considerate **professionalità irrinunciabili** di ogni équipe:

- il Neuropsichiatra Infantile, con funzioni di **clinical manager**, vale a dire di responsabile clinico e di coordinatore del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo del paziente nei disturbi dello sviluppo e nelle patologie neurologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza;
- lo Psicologo (con specifica formazione per l'età evolutiva), con funzioni di collaboratore clinico nei disturbi dello sviluppo e nelle patologie neurologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché di responsabile clinico nelle problematiche del bambino e dell'adolescente relative alle situazioni di abuso, di disagio psicologico e di alterazione delle dinamiche familiari;
- l'Infermiere, con funzioni di nursing e di supporto organizzativo;
- il Logopedista, con funzioni di valutazione, di trattamento del paziente, di **case manager** ove richiesto;
- il Fisioterapista (con specifica formazione per l'età evolutiva) e il Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, con funzioni di valutazione, di trattamento del paziente, di **case manager** ove richiesto;
- l'Educatore Professionale, con funzioni di valutazione, di trattamento psicoeducativo del paziente, di **case manager** ove richiesto;
- l'Assistente Sociale, con funzioni di collaboratore del medico nel collegamento con il sistema delle risorse sociali e nel rapporto con la famiglia del paziente, oltre che di **case manager** ove richiesto.

Unità territoriali

E' opportuno il mantenimento di **unità territoriali corrispondenti alle attuali UFSMIA** (distretti).

E' preferibile che la direzione o il coordinamento siano affidati al medico specialista in Neuropsichiatria Infantile, in considerazione della necessità di scelte terapeutiche, quali quelle che comportano l'utilizzo di farmaci o di presidi sanitari (ausili), che necessitano di competenze di carattere medico.

E' opportuna una maggiore **autonomia** dei Servizi di NPIA che ne evidenzia la specificità rispetto all'ambito dipartimentale della Salute Mentale: una possibile ipotesi è che le attuali UFSMIA (Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia e Adolescenza), pur mantenendo le caratteristiche di fondo già evidenziate, vengano denominate Strutture Operative di Neurologia e Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SONPIA).

E' opportuno il mantenimento di un'**organizzazione complessa** di carattere sovradistrettuale, diretta da un medico specialista in Neuropsichiatria Infantile con responsabilità di Unità/Struttura Operativa Complessa

per un bacino di popolazione corrispondente, a seconda dell'estensione geografica, a 150.000-250.000 residenti (20.000-40.000 residenti di età 0-17), allo scopo di evitare gravi disomogeneità negli interventi effettuati in zone limitrofe e unitarie dal punto di vista geografico-culturale.

Strutture dipartimentali di Area Vasta

Si ritiene indispensabile la collocazione funzionale dei servizi di NPIA all'interno dei dipartimenti di Area Vasta (AV) previsti dalla LR 28/2015. In particolare:

- nel dipartimento AV "Materno-infantile" per quanto riguarda i rapporti con la Pediatria ospedaliera e territoriale e per l'organizzazione dei percorsi di follow up dei neonati a rischio di patologia dello sviluppo;
- nel dipartimento AV di "Prevenzione, diagnosi e cura delle patologie neurologiche" per quanto riguarda i rapporti con i Servizi di Neurologia e Neurofisiologia e per l'organizzazione dei percorsi relativi ai disturbi del neurosviluppo, alle patologie neuromotorie, alle sindromi epilettiche e alle malattie neurometaboliche;
- nel dipartimento AV di "Salute mentale" per quanto attiene ai rapporti con i Servizi di Psichiatria e all'organizzazione dei percorsi relativi ai disturbi psichiatrici dell'adolescente, compresi i disturbi del comportamento alimentare (DCA) e le emergenze psichiatriche.

Percorsi di rete di Area Vasta

E' opportuna la valorizzazione delle **attività di particolare rilevanza** già realizzate in ambito territoriale, affinché si pongano come *best practices* riconosciute per l'applicazione di modelli organizzativi innovativi, per la particolare competenza/esperienza degli operatori, o per la specifica efficacia in patologie di particolare complessità.

Al fine di sfruttare e valorizzare le competenze specifiche dei professionisti, dando maggiore articolazione alla rete dei Servizi di NPIA già esistente, si propone la messa a punto di un sistema di **rete per percorsi di Area Vasta** (Disturbi dello spettro autistico, DSAP, ADHD, DCA, Disturbi neuromotori, Emergenza psichiatrica) quale declinazione concreta dei rapporti tra Servizi territoriali e Centri ospedalieri.

Una rete strutturata per percorsi avrebbe il vantaggio di essere tagliata per le problematiche emergenti del singolo utente, permettendo di raggiungere standard professionali elevati nella valutazione del paziente, di velocizzare la presa in carico, di ottimizzare l'utilizzo di competenze e risorse umane già esistenti: sarebbero inoltre facilitati il collegamento verticale (Hub-Spoke) e la comunicazione orizzontale (Spoke-Spoke) tra Servizi.

Per il funzionamento di ogni livello organizzativo della rete, ogni singolo percorso dovrebbe prevedere alcuni elementi fondamentali:

- un **referente di zona territoriale** (nell'ambito di una zona corrispondente grosso modo al territorio delle ASL attuali), scelto per comprovata formazione ed esperienza nel settore superspecialistico specifico;
- uno o due **referenti di polo di Area Vasta**, che assicurino il coordinamento del percorso;
- una **conferenza permanente dei referenti di Area Vasta** (costituita dai referenti di zona e coordinata dai referenti di polo), integrata anche a livello regionale, con cadenza degli incontri almeno semestrale e con il compito di verificare periodicamente la rispondenza del percorso alla *best practice* corrente e agli obiettivi prefissati.

Rete riabilitativa per l'età evolutiva

I documenti del Ministero della Salute ("Piano di indirizzo per la Riabilitazione" del 2011, fatto proprio dalla Regione Toscana, ed il recente documento sulle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" del maggio 2015) sottolineano la complessità, il carico epidemiologico e la specificità della riabilitazione dei disturbi del neurosviluppo.

Per la presa in carico e la continuità assistenziale si suggerisce la costituzione formale di una rete, già in parte esistente, ma disomogenea in disponibilità ed organizzazione tra le attuali Aziende USL, dei servizi per la riabilitazione dell'età evolutiva (modello hub/spoke), con l'individuazione di primi livelli specialistici, interni ai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che includano attività ambulatoriali e

semiresidenziali e in alcuni casi domiciliari (la riabilitazione domiciliare è appropriata solo per alcune patologie e fasi della storia naturale), il più vicino possibile alla residenza del bambino, e di livelli di alta specialità (specifici per tipologia dell'intervento e per disabilità), questi ultimi per lo più coincidenti con strutture che possano fornire anche il ricovero ospedaliero, nella dimensione regionale ed interregionale delle Unità per le Disabilità dell'Eta' Evolutiva (UDGE, già presente in Toscana presso l'IRCCS Stella Maris).

Strutture residenziali

E' necessaria la messa in rete a livello di Area Vasta e a livello regionale delle strutture residenziali per soggetti affetti da patologie gravi, adeguandone le caratteristiche rispetto alla popolazione di utenti del territorio, con l'obiettivo di conseguire risparmi sostanziali rispetto all'attuale frammentazione e conseguente moltiplicazione delle risorse impegnate e all'eccesso di ricoveri impropri in strutture ospedaliere.

Emergenza/urgenza psichiatrica

E' auspicabile in questo settore una **definizione operativa** dei rapporti Hub-Spoke, cioè delle comunicazioni che devono intercorrere tra Centri Ospedaliero Universitari e Servizi territoriali e delle modalità condivise di entrata e uscita dei pazienti in carico.

Si attende un protocollo operativo condiviso per le situazioni di **emergenza/urgenza psichiatrica**, che permetta una gestione efficace del passaggio del paziente dal Territorio al Centro e il ritorno dal Centro al Territorio.

Percorsi per la cronicità

E' quanto mai opportuna la definizione a livello regionale di **percorsi prioritari** per i soggetti in età evolutiva affetti da disabilità gravi certificate, come paralisi cerebrali infantili, malattie neuromuscolari, gravi disprassie motorie e verbali, disabilità intellettive medio-gravi.

E' inoltre auspicabile la definizione di un **percorso di assistenza domiciliare integrata** per le disabilità gravi in età evolutiva associate a disfunzioni multisistemiche (disturbi delle funzioni alimentare, respiratoria, cardiaca, renale, epatica, metabolica).

Si ricorda che la recente **DGRT 393/2015** indica, tra i principali obiettivi da perseguire nello sviluppo della rete dei servizi e di nuovi modelli organizzativi per la disabilità, la "sperimentazione a livello locale, da organizzare e codificare successivamente, a livello regionale, di un ventaglio di tipologie di risposta ai bisogni della persona disabile [...] anche tramite la adozione di procedure semplificate nei raccordi tra i vari momenti della presa in carico."

Formazione degli operatori

E' auspicabile che la **formazione** degli operatori sanitari venga favorita e incentivata nell'ambito delle Aziende Sanitarie di prossima costituzione, permettendo un'ampia circolazione di informazioni scientifico-cliniche all'interno di ogni territorio corrispondente all'attuale Area Vasta.

9. BIBLIOGRAFIA

- Camuffo M et al (2002), *Proposta di un sistema di macro-indicatori per la valutazione dei servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 69: 249-271
- Camuffo M et al (2010), *Sistema di indicatori e attività di un Servizio di Salute mentale dell'età evolutiva*, Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 77: 653-662
- Carter AS et al (2010), *Prevalence of DSM-IV Disorder in a Representative, Healthy Birth Cohort at School Entry: Sociodemographic Risks and Social Adaptation*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 49 (7): 686-698
- Fonagy P (1997) *Evaluating the effectiveness of interventions in child psychiatry*, Canadian Journal of Psychiatry 42 (6): 584-594

- Giunta Regionale Toscana (2012), Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015
- Giunta Regionale Toscana (2015), *Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale*, LR n. 28 del 16/03/2015
- Giunta Regionale Toscana (2015), *Indirizzi per lo sviluppo della rete dei servizi per la disabilità in Toscana*, DGRT n. 393 del 30/03/2015
- Leonetti R et al (2012), *Fotografia di un Servizio di Salute Mentale per l'infanzia e l'adolescenza fra promozione, prevenzione e presa in carico: la fascia di età 8-12 anni*, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 79: 39-63
- Levi G, Penge R (2002), *La salute mentale in età evolutiva*, *Psichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 9(2):195-203
- Ministero della Salute (2011), *La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali*, Quaderno del Ministero della Salute n.8
- Ministero della Salute (2011), *Piano di Indirizzo per la Riabilitazione*.
- Ministero della Salute (2015), *Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico – adolescenziale*
- Merikangas KR et al (2010), *Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A)*, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49 (10): 980-989
- Missiuna C (2001), *The prevalence of childhood disability: facts and issues*, CanChild, McMaster University
- Opler M et al (2010), *Primary psychiatric prevention in children and adolescents*, *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(4): 220-234
- SINPIA (2014), *Documento al Ministero della Salute relativamente alla bozza di regolamento degli standard di assistenza ospedaliera*.