

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 233/IG01/2014 DEL 13 MAR. 2014

OGGETTO: PROPOSTA APERTURA "SPORTELLO ADHD"

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott.ssa Giovanna BRICCARELLO**

(nominato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 1-3711 del 27/04/2012)

Esaminata la proposta del Direttore della SC di NPI

- Vista la comunicazione della AIFA PIEMONTE pervenuta il 17/2/2014 con la quale si richiedeva l'avvio di uno sportello ADHD presso la ASL TO 1, registrata agli atti;
- Preso atto che l'ADHD è definito dall'OMS un disturbo ad esordio nei primi anni di vita caratterizzato da difficoltà ed incapacità di regolazione e controllo della motricità, dell'impulsività e dell'attenzione e che l'ADHD rappresenta in Italia uno dei più frequenti disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva, ma anche il più misconosciuto ed inadeguatamente trattato. Nelle ricerche italiane, l'ADHD è stimata, secondo i criteri del DSM-IV, in circa il 3% della popolazione. Le stime nordeuropee e nordamericane si attestano intorno al 3-5%, mentre l'incidenza del disturbo ipercinetico, classificato dall'ICD 10, riporta valori intorno al 1-2%;
- Preso altresì atto che il progetto nasce per consentire di individuare quei ragazzi che potrebbero avere un Disturbo dell'Attenzione e Iperattività, per giungere, tramite l'opportuno approfondimento diagnostico, ad una diagnosi definitiva in tempi brevi, registrato agli atti;
- Vista altresì la DGR 25-6992 del 30/12/2013. Azione 14.4.6 recante "Assistenza territoriale a soggetti minori" che prevede la definizione della rete dei servizi e dei Centri di riferimento per il trattamento dei disturbi di iperattività ed attenzione nei bambini (ADHD), registrato agli atti;
- Vista la DGR 4-8716 del 5/5/2008 in cui, la SC NPI ASL TO 1 veniva individuata tra i Centri Specialistici di riferimento, registrata agli atti;
- Ravvisata, pertanto, la necessità di procedere alla presa d'Atto del Progetto di che trattasi;
- Ritenuto di condividere la sopra richiamata proposta;
- Assunta la correttezza del processo istruttorio correlato la cui responsabilità è riconducibile al Dirigente proponente;
- Preso atto del concordante parere favorevole espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ex art. 3, 1° comma quinquies, D.Lgs. 30/12/1992 n. 502;
- Considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché della legittimità della stessa;
- Viste le vigenti disposizioni di legge in materia;
- Acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario;
- Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo;

**DELIBERA**

Per le motivazioni esposte in premessa:

- 1) Di procedere alla presa d'atto del Progetto "Sportello ADHD", allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto: i destinatari di tale progetto sono i bambini e i ragazzi residenti nell'ASL TO 1 per i quali si sospetti un Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD), le loro famiglie e gli insegnanti che li seguono in ambito scolastico;
- 2) Di prendere atto che il presente provvedimento non comporta ex se alcun onere di spesa;
- 3) Di trasmettere il presente provvedimento ai Servizi interessati;
- 4) Di inviare il presente atto al Collegio sindacale per quanto di competenza;
- 5) Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi del comma 1 dell'art. 21-quater della L. 241/90

Il Proponente, Direttore S.C. Neuropsichiatria Infantile

Dott. Orazio PIRRO

Il Responsabile del procedimento

Sig.ra Loredana QUARANTA

Parere del Direttore Sanitario: favorevole

Dott. Paolo SIMONE

Parere del Direttore Amministrativo: favorevole

Dott. Flavio NALESSO

Torino,

13 MAR. 2014

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott.ssa Giovanna BRICCARELLO**

A.I.F.A. PIEMONTE  
Associazione Italiana Famiglie ADHD



S.S.N. - REGIONE PIEMONTE	
ASL TO1	
S.C. Affari Generali	
17 FEB 2014	
PROT. N°	14400
TITOLARIO	
A 03	Bottol

Alla cortese attenzione

Direttore Generale ASL TO1 - TORINO

Dott. Paolo Simone

Per conoscenza

Dott. Orazio Pirro e Dott. Giovanni Battista Galloni

Torino, 13 febbraio 2014

DS

NPI

**OGGETTO: Richiesta di appuntamento per avvio sportello ADHD presso la ASL TO1**

Gentile Dottor Simone,

la nostra Associazione *AIFA Piemonte* è parte dell'*ASSOCIAZIONE ITALIANA FAMIGLIA ADHD ONLUS* che da anni svolge attività, sul territorio nazionale, a favore della tutela dei minori affetti da disturbo ADHD.

La nostra attività, oltre a concentrarsi sull'informazione a genitori e insegnanti, spesso promuove sui vari territori iniziative di supporto terapeutico con la collaborazione di tecnici quali psicologi, pedagogisti ed educatori, che lavorano con noi.

Il PARENT TRAINIG ai genitori, promosso dalla nostra Associazione, rappresenta un efficace terapia di intervento sulla famiglia con minore diagnosticato ADHD. Grazie a 10 sedute, tenute da una psicologa e da una pedagoga, le famiglie partecipanti (di solito 8 coppie) beneficiano del fatto di conoscere altri genitori, e perciò condividere il vissuto personale sia positivo che negativo, e sono aiutati, come genitore e come coppia, ad affrontare con maggiore consapevolezza il ruolo educativo e la gestione di situazioni di conflitto spesso ricorrenti con figli affetti da questo disturbo.

Le chiediamo dunque la possibilità di un incontro, al fine di esporre meglio il progetto.

RingraziandoLa anticipatamente per la disponibilità, cogliamo l'occasione per porgere i migliori saluti

Roberta Dri  
Referente AIFA Piemonte Torino  
335 6067587  
referente.torino2@aifa.it

Costanza Di Gaetano  
Coordinatore regionale AIFA Piemonte  
328 8420229  
referente.piemonte@aifa.it

AIFA Onlus - Associazione Italiana Famiglie ADHD  
Via dei Montaroni, 27 - 00068 Rignano Flaminio (RM) +39 0761 508126

[www.aifaonlus.it](http://www.aifaonlus.it)

3

## PROGETTO "Sportello ADHD"

### 1) Introduzione:

L'ADHD è definito dall'OMS un disturbo ad esordio nei primi anni di vita caratterizzato da difficoltà ed incapacità di regolazione e controllo della motricità, dell'impulsività e dell'attenzione.

L'ADHD rappresenta in Italia uno dei più frequenti disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva ma anche il più misconosciuto ed inadeguatamente trattato. Le stime internazionali parlano di un 4% circa della popolazione infantile affetta in modo più o meno grave da questo disturbo.

Esso provoca grande sofferenza nel bambino e nella sua famiglia a causa della bassa autostima ed al senso di inadeguatezza, che condiziona le scarse relazioni sociali ed amicali, aggravate dalla frequente emarginazione alla quale viene sottoposto fin da piccolo che può condurre all'abbandono scolastico.

L'associazione A.I.F.A. (Associazione Italiana Famiglie ADHD) si propone di creare una rete di sostegno alle famiglie e di cooperare in partnership con le istituzioni locali creando un coordinamento tra le strutture pubbliche e private con l'obiettivo di favorire il riconoscimento, la diagnosi e l'attuazione delle misure terapeutiche ed abilitative per poter migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti e delle loro famiglie.

### **Epidemiologia:** (Franzoni-Ruggieri – Neurologia e psichiatria dello sviluppo - 2012)

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, meglio noto con l'acronimo inglese ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), è uno dei più comuni disordini dello sviluppo neuropsichiatrico del bambino e dell'adolescente. Esso viene definito come un "disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica che interferisce con il normale sviluppo psicologico del bambino e ostacola lo svolgimento delle comuni attività quotidiane: andare a scuola, giocare con i coetanei, convivere serenamente con i genitori e, in generale, inserirsi normalmente nella società". Nelle ricerche condotte in Italia, la prevalenza dell'ADHD diagnosticato secondo i criteri del DSM-IV è stimata, infatti, in circa il 3% della popolazione infantile. Questo dato corrisponde alle stime nordamericane e nordeuropee che vanno dal 3 al 5%. Decisamente inferiore, invece, è l'incidenza del disturbo ipercinetico così come classificato dall'ICD -10, che riporta valori dell'1-2%.

Sappiamo, infatti, che la regolarità nello stile di vita e la coerenza nell'educazione costituiscono due elementi essenziali per la crescita; se un bambino dunque vive in una famiglia disorganizzata e priva di regole o nella quale i genitori accusano problemi coniugali o, ancora, in una famiglia troppo critica e direttiva, è più spesso esposto all'insorgenza di problemi di attenzione e iperattività.

Gli studi di genetica delle popolazioni, a riguardo, affermano che la casa sia da imputare per il 70% (o anche oltre) a fattori di tipo genetico, mentre il restante 30% potrebbe derivare da cause di tipo ambientale.

### **Altri fattori di rischio:** (Franzoni-Ruggieri – Neurologia e psichiatria dello sviluppo - 2012)

- Elevato livello di ansia della madre
- Nascita prematura
- Elevato numero di complicazioni mediche
- Basso peso del neonato (<2.5 kg)
- Problemi di salute nel primo anno di vita e ritardo dello sviluppo motorio e linguistico
- Lesioni cerebrali, specialmente nelle regioni prefrontali, ritardi nello sviluppo delle abilità di coordinazione motoria
- Ritardo nell'apprendimento del linguaggio
- Scarse risorse cognitive generali
- Condizioni socio-economiche svantaggiate
- Situazione psicologica familiare difficile

- Rapporto genitori-figlio con ADHD (i genitori sono più direttivi e critici verso il comportamento del bambino)

**Comorbilità:** (Franzoni-Ruggieri – Neurologia e psichiatria dello sviluppo - 2012)

Circa il 70% dei bambini con ADHD presenta anche altri disturbi tra cui:

- Disturbi specifici dell'apprendimento/dislessia (30%)
- Disturbo oppositivo provocatorio (25%)
- Disturbo della condotta (10-15%)
- Disturbi di ansia/depressione (15%)

L'ADHD è uno dei disturbi dell'età evolutiva in cui è più difficile fare una diagnosi differenziale o associata perché la scarsa concentrazione e l'elevata attività motoria sono i primi segnali di disagio psicologico in età evolutiva, pertanto la presenza di disattenzione e iperattività non significano obbligatoriamente che il bambino sia affetto da ADHD

**Obiettivi:**

Il progetto nasce per consentire di individuare quei ragazzi che potrebbero avere un Disturbo dell'Attenzione ed Iperattività, per giungere, tramite l'opportuno approfondimento diagnostico, ad una diagnosi definitiva in tempi rapidi.

Le Associazioni, inoltre, metteranno a disposizione dei ragazzi, dei genitori e degli insegnanti, diversi percorsi di trattamento, psicologici e pedagogici, che avranno l'obiettivo di ridurre l'impatto del disturbo e di migliorare la gestione emotiva e comportamentale dei sintomi, attraverso il sostegno fornito dallo sportello, gruppi di mutuo aiuto e percorsi riabilitativi specifici.

**Destinatari:**

I destinatari del progetto sono i bambini e i ragazzi residenti nell'ASL TO 1 per i quali si sospetti un Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), le loro famiglie e gli insegnanti che li seguono in ambito scolastico.

**Operatori:**

La S.C. di Neuropsichiatria Infantile tramite i Dirigenti Medici Neuropsichiatri Infantili e la S.S.D Psicologia dell'Età Evolutiva tramite gli Psicologi, si occuperanno della selezione e della valutazione conclusiva dei pazienti, della presa in carico generale e della predisposizione del progetto terapeutico.

La Associazioni A.I.F.A. metterà a disposizione degli utenti le competenze specifiche di un Equipe di Psicologi (fase diagnostica e trattamento individuale) e Pedagogiste (trattamento individuale e di gruppo)

**2)Le fasi del Progetto:**

1. visita presso la S.C. di Neuropsichiatria Infantile/S.S.D Psicologia dell'Età Evolutiva (ASL TO 1) che individuerà i casi che necessitano di un approfondimento diagnostico;
2. collaborazione anche presso lo sportello ADHD;
3. restituzione all'ASL dei risultati emersi;
4. stesura della diagnosi completa e colloquio di restituzione alla famiglia da parte degli operatori NPI/S.S.D Psicologia dell'Età Evolutiva dell'ASL TO 1 (eventualmente congiuntamente con gli esperti dello sportello);
5. eventuale proposta di trattamento con il bambino, la famiglia e/o la scuola da parte degli specialisti dell'ASL TO 1;
6. azioni di sostegno al paziente ed alla famiglia da parte degli operatori dello sportello
7. follow up

**L'approfondimento diagnostico:**

Durante il percorso diagnostico presso lo sportello verranno somministrati i seguenti strumenti:

- E CONNERS (questionario per genitori ed insegnanti)
- K-SADS (intervista diagnostica)
- SNAP IV (scala di valutazione dei sintomi ADHD)
- SDAG (questionario per i genitori)
- SDAI (questionario per gli insegnanti)
- Span di cifre e parole (valutazione della memoria di lavoro)
- Test delle Campanelle modificato (valutazione dell'attenzione)
- TPV (test di percezione visiva e integrazione visuo-motoria)
- Torre di Londra (valutazione delle funzioni esecutive)
- Batteria per la Dislessia, Disortografia evolutive (solo in caso di sospetta comorbidità)

### **3) Restituzione all'ASL dei risultati emersi:**

Al termine dell'approfondimento i dati verranno comunicati alla ASL che proseguirà e concluderà il percorso diagnostico.

### **4)Trattamento**

La proposta di trattamento, effettuata ai singoli casi a seconda dei dati emersi durante la diagnosi, verrà individuata tra:

1. Training di autoregolazione degli aspetti emotivi e dell'attenzione da effettuarsi con il bambino/ragazzo
2. Social skill training da effettuarsi con il bambino/ragazzo (percorso ri-abilitativo delle abilità sociali, con particolare attenzione agli aspetti di comunicazione verbale e non-verbale, alla capacità autoriflessiva e alla teoria della mente)
3. Parent training individuale o di gruppo
4. Teacher training (se la scuola è disponibile è previsto il contatto con gli insegnanti per formarli sulle strategie didattiche ed educative condivise)
5. Sostegno psicologico e counselling

### **5) Lo sportello**

Dopo la diagnosi e la restituzione con la famiglia ed il suggerimento del più idoneo percorso riabilitativo da intraprendere, la S.C. di NPI/S.S.D Psicologia dell'Età Evolutiva solleciteranno i genitori a prendere contatto con l'Associazione A.I.F.A. presso lo Sportello ed a partecipare alle attività che l'A.I.F.A. sez. di Torino proporrà per genitori e ragazzi (campus, laboratori, incontri di mutuo-aiuto e condivisione, formazione, informazione sulle circolari in materia di ADHD pubblicate dal MIUR, percorsi per ottenere tutele e rispetto dei diritti).

### **6) Follow up**

Al termine del trattamento verranno somministrati nuovamente alcuni degli strumenti utilizzati durante l'approfondimento diagnostico per valutare il miglioramento e l'eventuale remissione dei sintomi più eclatanti.

**Tempi:** l'avvio del progetto avrà inizio nel mese di Marzo 2014; la parte riabilitativa sarà definita in base alle necessità delle famiglie e alla disponibilità dei locali destinati al trattamento


**Luoghi:** S.C. NPI – 4° piano-Via San Secondo, 29/bis – Torino

**Preventivo di spesa:**



I costi dell'approfondimento diagnostico sono totalmente a carico della Associazione AIFA; tale servizio sarà dunque gratuito per gli utenti

I costi del trattamento saranno a carico delle famiglie, ma con la possibilità da parte delle associazioni di partecipare a bandi provinciali e regionali per richieste di contributi per calmierare i costi delle famiglie.



Piemonte), l'Accordo regionale tipo per la definizione dei contratti con gli Enti gestori delle strutture di recupero e reinserimento dei soggetti dipendenti da sostanze, ed è stato individuato il budget per il biennio 2013-2014 destinato ai Servizi per le Dipendenze, ripartito tra le ASL piemontesi.

In particolare viene sottolineato quanto previsto dall'Accordo generale per l'anno 2013, con indicazioni vincolanti per il biennio 2013-2014, tra la Regione Piemonte – Direzione Regionale Sanità - e il CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari del Piemonte), in materia di prestazioni erogate a favore di soggetti affetti da uso problematico - abuso - dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali, e/o da comportamenti additivi, e di soggetti affetti da HIV-AIDS.

#### Risultati programmati

- Sottoscrizione Accordo Generale Regione Piemonte, Direzione Regionale Sanità e il Coordinamento Enti Accreditati per le dipendenze del Piemonte (CEAPI);
- Verifica sottoscrizione Accordi contrattuali, tra le singole ASL contraenti e le Strutture accreditate per le dipendenze che insistono sul territorio di competenza, sui posti da contrattualizzare corrispondenti al fabbisogno per l'area delle dipendenze;
- Verifica del corretto utilizzo delle risorse stanziare alle SSCC Ser.D delle AASSLL da parte del Gruppo di Monitoraggio del Settore Regionale competente, con il supporto dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze dell'ASL TO3. Le risorse sono quelle individuate nell'Allegato "3" della D.G.R. 14/03/2013, n. 12-5525.

#### Indicatori di risultato

- L'iter per la definizione iniziale del fabbisogno regionale dei posti da contrattualizzare, si è concluso il 15/06/2013;
- L'iter approvativo regionale dei Piani Locali delle Dipendenze e delle Sperimentazioni, si è concluso il 15/06/2013;
- Approvazione D.G.R. per la ridefinizione dei posti complessivi da contrattualizzare, dei posti da riconvertire e dei posti da sopprimere rispetto agli attuali 1.246 posti accreditati, entro il 30/06/2014;
- Verifica del pieno utilizzo delle risorse stanziare alle SSCC Ser.D delle AASSLL in relazione agli obiettivi regionali contenuti nella D.G.R. del 23/07/2012, n. 27-4183, e la D.G.R. 14/03/2013, n. 12-5525. La verifica presuppone l'eventuale rimodulazione delle risorse già stanziare nell'anno 2013 per l'anno 2014, nel rispetto del budget complessivo assegnato, entro il 30/01/2014.
- 2015: Verifica del fabbisogno e ridefinizione dei posti da contrattualizzare per il biennio 2016-2017.

#### Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

#### Azione 14.4.6: Assistenza territoriale ai soggetti minori

La disciplina regionale ha avviato, in molti e diversi settori dell'attività sanitaria territoriale rivolta ai soggetti minori, azioni mirate all'appropriatezza e uniformità di prestazioni su tutto il territorio. La rete territoriale di tutela neuropsichiatria infantile è diffusa in tutti gli ambiti territoriali ed è stata oggetto di diverse azioni nel corso del tempo a partire dalla DGR 36-27998 del 2 agosto 1999 finalizzate a definire caratteristiche e modalità della presa in carico. Con la stessa DGR è stato istituito il flusso informativo NPI net che consente una lettura precisa dei bisogni di salute espressi sul territorio e che evidenzia la rilevanza quali-quantitativa dei problemi rilevati (nel 2012 oltre 19.000 minori si sono rivolti ad un servizio di NPI portando a circa 53.000 il numero dei minori presi in carico). I report della rete di NPI sono scaricabili dal sito della Regione. Inoltre, per alcune tipologie di bisogno sono state definite e perfezionate attraverso protocolli e linee-guida le caratteristiche delle prestazioni e delle modalità di presa in carico (in particolare per DSA, Autismo, ADHD, integrazione scolastica alunni disabili):

- Definizione della rete dei servizi e dei centri specialistici di riferimento per il trattamento dei disturbi di iperattività ed attenzione nei bambini (ADHD) - DGR 4-8716 del 5 maggio 2008.
- Accordo tra la Regione e l'INPS per l'individuazione dei minori disabili inseriti nelle scuole e accordo tra la Regione (assessorati sanità, welfare e lavoro, istruzione e formazione) ed il MIUR per l'uso dell'ICF (DGR 58-10037 del 10 novembre 2008) nei progetti di integrazione scolastica.
- Con la D.G.R. n. 34-13176 del 1 febbraio 2010 sono state approvate le linee di indirizzo integrate per ASL, Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, Istituzioni scolastiche ed Enti di formazione



professionale circa il diritto all'educazione, istruzione e formazione professionale per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità o con esigenze educative speciali.

- Con la DGR n. 15-6181 del 29/07/2013, che ha aggiornato le indicazioni di cui alla DGR 34-13176 del 1/02/2010, sono stati ridefiniti gli interventi integrati con le altre agenzie formativo/educative e sociali per la presa in carico dei minori con problematiche sanitarie anche attraverso l'estensione dell'uso dell'ICF;
- Approvazione programmi di governo clinico per i disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva:
  - 1) Programma su "Disturbi specifici di apprendimento" (luglio 2009);
  - 2) Programma su "Autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo" (aprile 2009).

Questi programmi nascono dall'effettiva realtà regionale letta attraverso i flussi specifici, dal successivo confronto tra gli operatori che definiscono congiuntamente le linee di riferimento regionali ed il successivo confronto con le associazioni dei genitori. Sul programma autismo si è anche organizzato un coordinamento regionale integrato clinici-associazioni con il compito di monitorare l'andamento e l'applicazione del programma sul territorio regionale. Sono attualmente in istruttoria alcuni provvedimenti relativi alla NPI utili a definire le priorità di accesso alla prima visita, la rivalutazione delle esenzioni, la definizione degli interventi integrati con le altre agenzie formativo/educative e sociali per la presa in carico di alcuni problemi. Ed, infine, è avviato un gruppo di lavoro congiunto NPI - RRF per definire modalità uniformi di presa in carico dei minori.

Oltre alla tutela di salute neuropsichiatria, sono stati avviati altri programmi di attività:

- Assistenza respiratoria nelle patologie complesse: costituzione (DGR 98-10264 del 1 agosto 2003) e consolidamento della rete regionale per l'assistenza respiratoria dei pazienti in età evolutiva con patologia cronica (fibrosi cistica, malattie neuromuscolari, etc) che ha previsto l'identificazione di tutti i pazienti, la presa in carico per omogeneizzare il trattamento e la prescrizione degli ausili presso i centri di riferimento, la formazione degli operatori territoriali e dei care giver per la gestione al domicilio, l'avvio del progetto di telemedicina ( intesa come telemonitoraggio) a favore dei pazienti più complessi. In questa attività la Regione Piemonte ha drasticamente ridotto la mortalità e il numero ed i tempi di ricovero allineandosi dal 2008 agli standard americani.
- Approvazione del percorso dei bambini con insufficienza di rene – Circolare regionale dell'11 settembre 2008.
- Linee-guida per l'attivazione del servizio di cure domiciliari nelle ASR regionali a favore dei soggetti in età evolutiva con la DGR 26-10669 del 2 febbraio 2009: le cure domiciliari sono in stretta integrazione con gli eventuali interventi ospedalieri e contemplano l'erogazione di prestazioni anche molto importanti ma fondamentali per ribadire il diritto del bambino a stare a casa e nella sua famiglia (anche cure palliative).
- In attuazione degli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 27.6.2007 e del 20.3.2008, sulle cure palliative pediatriche, è stata approvata la D.G.R. 20 - 13204 dell'8.2.2010 "Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli Hospices".
- Con le DGR n. 41-12003 del 15 marzo 2004, aggiornata con le DGR n. 25-5079 del 18.12.2012 e n. 56-1363 del 29.12.2010, sono state definite le tipologie delle strutture residenziali e non destinate ad accogliere i minori con problemi sociali e socio-sanitari.
- .Monitoraggio del programma di assistenza ospedaliera e in ADI dei pazienti affetti da fibrosi cistica avviato con DD 497 del 18/11/2003.

Con riferimento all'area della tutela della salute mentale dei minori nella Regione Piemonte sono attualmente presenti due tipologie di strutture residenziali: le Comunità Terapeutiche per minori (CTM) e le Comunità Riabilitative Psicosociali (CRP). Le CTM sono strutture sanitarie e, di conseguenza, con spesa a totale carico sanitario. Le CRP sono strutture socio sanitarie con compartecipazione alla spesa SSR/soggetto gestore dei servizi sociali. La CTM è una struttura residenziale per pre adolescenti e adolescenti, con disturbo psico patologico grave in fase sub acuta, prevalentemente in assenza di ritardo mentale medio o grave, che richiedono interventi ad alta intensità e che non possono essere trattati a livello domiciliare o ambulatoriale. La CTM ha funzioni terapeutiche a carattere temporaneo e si colloca tra le strutture che hanno funzione di gestione delle situazioni di scompenso psichico e il rientro in famiglia, o l'inserimento in altre tipologie di comunità. Tale struttura accoglie fino a dieci minori per i quali è necessaria la suddivisione in fasce

d'età progettuali 11/14 e 15/17, residenti in via prioritaria nel territorio della Regione Piemonte e inseriti dai servizi di Neuropsichiatria Infantile oppure dalle strutture ospedaliere. La durata della permanenza dei minori in CTM è di norma non superiore a quattro mesi, prorogabile per un periodo massimo complessivo di otto mesi.

La CRP è una struttura residenziale dedicata a minori affetti da patologie psichiatriche che hanno superato favorevolmente la fase acuta del disturbo comportamentale ma che non sono in grado di rientrare in famiglia, oppure per prevenire la stessa fase acuta. La CRP ha funzioni riabilitative, secondo un modello integrato bio-psico-socio-educativo nei confronti di minori che necessitano di un periodo in ambiente protetto come supporto al reinserimento sociale. Tale struttura accoglie fino a dieci minori secondo la suddivisione per fasce di età progettuali 6/10 oppure 11/17 inseriti dai servizi di Neuropsichiatria Infantile o dall'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD) Minori. La durata della permanenza dei minori in CRP non può superare i due anni. In casi particolari può essere previsto l'inserimento di bambini al di sotto dei sei anni, esclusivamente in pronta accoglienza e per il tempo necessario per individuare la risposta più adeguata. L'inserimento per questa fascia di età può avvenire solo presso le CRP che accolgono minori di età compresa tra i 6 ed i 10 anni.

Per ciò che attiene le strutture semiresidenziali è stata recentemente introdotta una tipologia sperimentale e precisamente il Centro Diurno Socio Riabilitativo (CDSR). Il CDSR si pone come struttura flessibile, socio sanitaria, finalizzata a rispondere ai bisogni terapeutici e riabilitativi di minori con patologia psichiatrica per i quali non è necessario un inserimento residenziale. Può accogliere sino a 20 minori, di cui massimo 10 minori contemporaneamente presenti, di età compresa fra i 10 e i 18 anni (prevedendo gruppi omogenei per età, preferibilmente 10/14 e 14/18), residenti o domiciliati nel territorio della Regione Piemonte. Gli inserimenti dei minori sono a cura delle Strutture Complesse di Neuropsichiatria Infantile competenti territorialmente anche di concerto con i servizi sociali. Le principali criticità riguardano l'attività di vigilanza posta in essere dalle Aziende Sanitarie Locali, presso le strutture suddette. Tale attività è svolta dalle Commissioni di Vigilanza (CMV), istituite presso ogni ASL, con sopralluoghi periodici che si concretano con la stesura di verbali. E' auspicabile, nel corso del triennio, una revisione della normativa in materia di vigilanza attribuendo alle ASL e alle relative CMV, al fine di renderla più efficace, una maggiore potestà sanzionatoria a carico dei soggetti gestori delle strutture stesse. Nelle more della revisione normativa suddetta e in mancanza di previsioni specifiche rispetto alla tempistica dei sopralluoghi effettuati dalle CMV si è provveduto, con circolari e limitatamente alle strutture sanitarie (il cui monitoraggio dell'attività di vigilanza è competenza della Direzione Sanità), a fornire delle indicazioni per consentirne l'espletamento in maniera omogenea su tutto il territorio regionale e soprattutto per consentire una più efficace tutela dei minori ospiti delle CTM.

#### Risultati programmati

- ridefinizione di modalità uniformi NPI - RRF di presa in carico dei minori;
- revisione linee-guida assistenza respiratoria;
- definizione modalità uniformi per la presa in carico dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva.

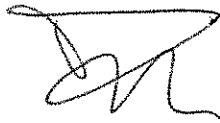
#### Indicatori di risultato

- Adozione dei relativi provvedimenti, entro il 30/06/2014.
- Incremento del numero di casi presi in carico con modalità uniformi NPI-RRF. Monitoraggio sull'implementazione nelle ASL delle linee guida assistenza respiratoria. Monitoraggio sulle modalità di presa in carico NPI in età evolutiva, entro il 31/12/2014.
- Attuazione in almeno il 20% dei casi della classificazione ICF nei confronti dei minori con problemi sanitari. Monitoraggio sull'implementazione nelle ASL delle linee guida assistenza respiratoria. Monitoraggio sulle modalità di presa in carico NPI in età evolutiva, entro il 31/12/2015.

#### Responsabile del procedimento

- Dirigente responsabile del Settore "Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali" della Direzione Regionale Sanità.

10

102  


Torna al Sommario Indice Sistematico

## Bollettino Ufficiale n. 21 del 22 / 05 / 2008

Deliberazione della Giunta Regionale 5 maggio 2008, n. 4-8716

Individuazione centri specialistici regionali di riferimento per la prescrizione dei farmaci approvati per il trattamento dell'ADHD.

(omissis)

LA GIUNTA REGIONALE

a voti unanimi...

delibera

di individuare, quali Centri per la prescrizione delle specialità farmacologiche Ritalin e Strattera approvate per il trattamento dell'ADHD (deficit attenzione e iperattività nei bambini) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti come parte di un programma di trattamento multimodale, i seguenti Centri specialistici regionali di riferimento:

- \* S.C.D.U. di Neuropsichiatria Infantile - AO OIRM/S.Anna di Torino
- \* S.C di Neuropsichiatria Infantile - AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria,
- \* S.C. di Neuropsichiatria Infantile AOU Maggiore della Carità di Novara
- \* S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL TO 1
- \* S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL TO 3
- \* S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL CN 1
- \* S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL NO

di stabilire che l'operatività dei Centri dovrà essere conforme a quanto previsto dal protocollo diagnostico-terapeutico della sindrome di iperattività e deficit di attenzione previsto dalle determinazioni AIFA del 19 aprile 2007 (A.I.C. n. 876/2007 e A.I.C. n. 437/2007);


di affidare alla Direzione Sanità gli eventuali successivi provvedimenti amministrativi relativi alla definizione dei rapporti tra i Centri specialistici regionali di riferimento e le altre strutture sanitarie regionali e delle relative modalità operative;

di dare atto che i centri suddetti sono tenuti a trasmettere all'Istituto Superiore di Sanità i dati previsti dal protocollo diagnostico e terapeutico della Sindrome di Iperattività e Deficit di Attenzione per il Registro Nazionale ADHD;

di individuare la S.C. di NPI dell'ASO di Alessandria quale struttura capofila con compiti di raccordo e coordinamento con tutti gli altri centri regionali quale struttura di riferimento per l'ISS.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

11 

**D.G.R. n. 4-8716 del 5 maggio 2008**

**OGGETTO:** Individuazione centri specialistici regionali di riferimento per la prescrizione dei farmaci approvati per il trattamento dell'ADHD.

In attuazione del Decreto del Ministero della Salute 22 luglio 2003 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 3/10/2003, n. 230), l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità aveva provveduto ad individuare in via transitoria le Strutture di Neuropsichiatria Infantile dell'ASO di Alessandria e dell'ASO OIRM di Torino quali Centri di Riferimento autorizzati alla prescrizione dei medicinali a base di metilfenidato.

Con determinazioni del 19 aprile 2007 (A.I.C. n. 876/2007 e A.I.C. n. 437/2007) pubblicate sulla G.U. n. 106 del 24 aprile 2007, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha autorizzato l'immissione in commercio delle specialità medicinali per uso umano "Ritalin – metilfenidato e Strattera – atomoxetina, per il trattamento della sindrome da iperattività e deficit dell'attenzione (ADHD) ed ha istituito il registro nazionale ADHD di monitoraggio dell'uso di detti medicinali presso l'Istituto Superiore di Sanità.

I due medicinali, Ritalin e Strattera, hanno le stesse indicazioni terapeutiche e più precisamente: "trattamento del Deficit di Attenzione ed Iperattività nei bambini a partire dai sei anni di età e negli adolescenti come parte di un programma di trattamento multimodale"

La prescrizione delle specialità medicinali in oggetto deve essere effettuata secondo i protocolli diagnostici e terapeutici previsti dalle precedenti determinazioni e sulla base di diagnosi e piano terapeutico rilasciati dai Centri specialistici individuati dalle regioni.

I Centri specialistici di riferimento regionale per la prescrizione dei farmaci per l'ADHD devono possedere i requisiti previsti dalla nota Prot. n.19753/farm6 del 28/4/2004 dell'ISS.

A seguito delle determinazioni AIFA e degli incontri Stato-Regioni, la Regione, valutate le condizioni di accessibilità dei pazienti sul territorio e i requisiti richiesti per i centri specialistici regionali di riferimento, ha individuato con nota regionale prot. n. 6363/28.1 del 13 luglio 2007 i propri Centri specialistici regionali abilitati al rilascio di piano terapeutico per metilfenidato e atomoxetina ed inseriti nel registro nazionale ADHD.

I Centri di riferimento regionali riconosciuti dalla nota suddetta per un periodo sperimentale di sei mesi erano i seguenti:

12 

- Struttura Complessa Neuropsichiatria Infantile ASO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo –Alessandria
- Struttura Complessa Neuropsichiatria Infantile ASO Maggiore della Carità- Novara
- Struttura Complessa Neuropsichiatria Infantile ASL 17
- Struttura Complessa Neuropsichiatria Infantile ASL 10
- Struttura Complessa Neuropsichiatria Infantile ASL 2
- Struttura Complessa a Direzione Universitaria Neuropsichiatria Infantile ASO S.ANNA/OIRM-Torino

Al termine del periodo sperimentale ed alla luce del riassetto amministrativo previsto dalla L.R. n. 18 del 6 agosto 2007 "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale", si ritiene opportuno individuare quali Centri specialistici regionali di riferimento per le prescrizioni farmacologiche approvate per il trattamento dell'ADHD i seguenti :

- S.C.D.U. di Neuropsichiatria Infantile - AO OIRM/S.Anna di Torino
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile - AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria,
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile AOU Maggiore della Carità di Novara
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL TO 1
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL TO 3
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL CN 1
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL NO

I Centri di cui al punto precedente sono tenuti a trasmettere all'Istituto Superiore di Sanità i dati previsti dal protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome di iperattività e deficit di attenzione per il Registro Nazionale ADHD così come previsto dalle determinazioni di Autorizzazione all'immissione in commercio delle due specialità medicinali Ritalin e Strattera.

Ritenuto opportuno individuare l'NPI ASO di Alessandria quale struttura capofila con compiti di raccordo e coordinamento con tutti gli altri Centri regionali e struttura di riferimento per l'ISS.

Visto il decreto legislativo n. 178 del 29 maggio 1991 di recepimento delle direttive della Comunità Europea in materia di specialità medicinali.

Visto il Decreto del Ministero della Salute 22 luglio 2003 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana il 3/10/2003, n. 230).

Vista la Determinazione AIFA del 19 aprile 2007 (A.I.C. n. 876/2007) che autorizza l'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Ritalin.

Vista al Determinazione AIFA del 19 aprile 2007 (A.I.C. n. 473/2007) che autorizza l'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Strattera.

Vista la nota Prot. n.19753/farm6 del 28/4/2004 dell'ISS con la quale vengono comunicati i requisiti che devono possedere i centri di riferimento regionali che possono far parte del registro nazionale di monitoraggio.

Vista la L.R. n. 18 del 6 agosto 2007 "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale".

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale a voti unanimi

delibera

di individuare, quali Centri per la prescrizione delle specialità farmacologiche Ritalin e Strattera approvate per il trattamento dell'ADHD (deficit attenzione e iperattività nei bambini) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti come parte di un programma di trattamento multimodale, i seguenti Centri specialistici regionali di riferimento:

- S.C.D.U. di Neuropsichiatria Infantile - AO OIRM/S.Anna di Torino
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile - AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria,
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile AOU Maggiore della Carità di Novara
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL TO 1
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL TO 3
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL CN 1
- S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL NO

di stabilire che l'operatività dei Centri dovrà essere conforme a quanto previsto dal protocollo diagnostico-terapeutico della sindrome di iperattività e deficit di attenzione previsto dalle determinazioni AIFA del 19 aprile 2007 (A.I.C. n. 876/2007 e A.I.C. n. 437/2007);

di affidare alla Direzione Sanità gli eventuali successivi provvedimenti amministrativi relativi alla definizione dei rapporti tra i Centri specialistici

regionali di riferimento e le altre strutture sanitarie regionali e delle relative modalità operative;

di dare atto che i centri suddetti sono tenuti a trasmettere all'Istituto Superiore di Sanità i dati previsti dal protocollo diagnostico e terapeutico della Sindrome di Iperattività e Deficit di Attenzione per il Registro Nazionale ADHD

di individuare la S.C. di NPI dell'ASO di Alessandria quale struttura capofila con compiti di raccordo e coordinamento con tutti gli altri centri regionali di cui all'art. 1 e quale struttura di riferimento per l'ISS.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

15

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line above a stylized, cursive-like mark that resembles the letters 'F' and 'G'.

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione n° 233/16.01/2014 del 13 MAR. 2014  
è stata pubblicata all'Albo Ufficiale dell'Azienda Sanitaria Locale TO1, per giorni 15 consecutivi  
dal 24 MAR. 2014

E' stata trasmessa al Collegio Sindacale in data 19 MAR. 2014

E' stata trasmessa in Giunta Regionale in data \_\_\_\_\_ e approvata in  
data \_\_\_\_\_

E' divenuta esecutiva in data 13 MAR. 2014 ai sensi della L.R. n. 10 del 24/1/95.

Torino, 19 MAR. 2014

Il Funzionario delegato

Anna MARANO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dipendente dell'Azienda Sanitaria  
Locale TO1, funzionario/a delegato/a all'autenticazione, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

dichiara

che la presente copia, composta da n. \_\_\_\_\_ facciate, è conforme all'originale depositato agli atti di  
questo Ufficio

Torino,

Il funzionario delegato all'autenticazione atti