

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**N. 775 DEL 08.10.2018**

=====

**OGGETTO:** PRESA D'ATTO DEL DCA 23/2017 "DISPOSIZIONI PER L'ISTITUZIONE DEI CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI AUTORIZZATI ALLA PRESCRIZIONE DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI PER CITTADINI ADULTI CON DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ (ADHD: ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER)" E DEL DCA 51/2018 "CENTRI DI RIFERIMENTO AZIENDALI PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ (ADHD ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER). MODIFICHE E INTEGRAZIONI ALLA DGRC N. 1406/2007" – ADEMPIMENTI.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal  <b>11.10.2018</b>  e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.  L'incaricato f.to sig.ra Maria Vallone	La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione  L'incaricato _____	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal  _____  Il Dirigente _____	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.  <b>08.10.2018</b>  Il Direttore Generale f.to dott.ssa Antonietta Costantini

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. ssa Antonietta Costantini, nominata con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19 luglio 2016, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

Oggetto: Presa d'atto del DCA 23/2017 "Disposizioni per l'istituzione dei centri di riferimento regionali autorizzati alla prescrizione dei trattamenti farmacologici per cittadini adulti con disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)" e del DCA 51/2018 "Centri di riferimento aziendali per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Modifiche e integrazioni alla DGRC n. 1406/2007" - adempimenti

### **IL DIRETTORE SANITARIO IN QUALITÀ DI DIRETTORE AD INTERIM DEL DIPARTIMENTO PER LA SALUTE MENTALE**

alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore Sanitario in qualità di Direttore ad interim del Dipartimento per la Salute Mentale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente;

dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, ed al Regolamento Aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 17 Gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizioni del Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità; dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190;

#### **Premesso**

- che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), con determina n. 1291 del 03/11/2014 e determina n. 488 del 27/04/2015, ha esteso le indicazioni terapeutiche delle specialità medicinali metilfenidato e atomoxetina agli adulti già diagnosticati in età evolutiva per l'ADHD e precedentemente in trattamento farmacologico, indicando altresì che la prescrizione di tali medicinali deve essere parte di un programma di trattamento multimodale e deve essere effettuata su diagnosi e piano terapeutico dei centri specialistici individuati dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano
- che il Decreto del Commissario ad Acta per la Sanità n. 33 del 17/05/2016: "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 2016-2018", tra le altre cose, sottolinea in più parti la relazione integrata Territorio-Ospedale, considerati di pari dignità assistenziale e strategica per l'erogazione dei servizi sanitari, mirando a rafforzare l'attuale debolezza organizzativa e professionale, entro i servizi pubblici di salute mentale (neuropsichiatria infantile e psichiatria), nei processi di assistenza nel percorso di transizione dall'età evolutiva a quella adulta

- che nel Decreto Commissario ad Acta n. 99 del 22/09/2016: “Piano regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza Territoriale 2016–2018”, sono specificatamente dedicati due capitoli (cap. 7 e cap. 8) all’area della salute mentale adulta e a quella dei minori con disturbi psichiatrici in cui, tra l’altro, è posta particolare attenzione al modello organizzativo del dipartimento di salute mentale (DSM), ai programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi per l’inserimento sociale delle persone con disturbi psichici, all’istituzione dei nuclei di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, all’uniformità e all’armonizzazione delle prestazioni assistenziali distrettuali inerenti la salute mentale in età evolutiva, in età adulta e nella fase di transizione tra le due
- che il DCA 23/2017 dispone di individuare nei Dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS.LL. i servizi dedicati alla presa in carico multimodale e multidisciplinare dei pazienti adulti con ADHD, nonché i centri prescrittori per i medicinali metilfenidato e atomoxetina agli adulti già diagnosticati in età evolutiva per l’ADHD e precedentemente in trattamento farmacologico;
- che il DCA 23/2017 dà facoltà ai Dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS.LL. di concertare con gli altri attori della rete assistenziale per la salute mentale (AAOO e AAOOUU, servizi per neuropsichiatria infantile) percorsi per la continuità assistenziale e la presa in carico integrata
- che con DGRC n. 1406/2007 ad oggetto “Specialità medicinali "RITALIN" e "STRATTERA" - Definizione di percorso diagnostico -terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit d’attenzione e/o iperattività (ADHD)”, pubblicata sul BURC n. 49 del 10/09/2007 è stato approvato un documento tecnico denominato “Percorso diagnostico terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit d’attenzione e/o iperattività”, con il quale sono stati individuati un percorso diagnostico-terapeutico e i criteri standard dei centri specialistici
- che il DCA 51/2018 incarica il Direttori Generali delle AA.SS.LL. Avellino, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud, di individuare almeno un servizio di riferimento per la diagnosi e il trattamento dell’ADHD in età evolutiva, organizzando i servizi e il personale secondo le indicazioni di cui al precedente documento tecnico

#### **Rilevato**

- che è opportuno garantire, anche in ottemperanza agli art. 25 e 26 del DPCM 12 gennaio 2017, la continuità delle cure e della presa in carico dei minori e nella fase di transizione all’età adulta
- che non sussistono oneri aggiuntivi per l’ASL Napoli 3 Sud

#### **Considerato**

- che l’atto aziendale dell’ASL Napoli 3 Sud, approvato con DCA 39/2017, pone all’interno del Dipartimento per la Salute Mentale le linee di attività atte ad assicurare la costruzione di un percorso omogeneo per l’elaborazione dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati per garantire la diagnosi ed il trattamento dell’ADHD sia nei minori sia negli adulti già diagnosticati ed in trattamento attraverso le UU.OO.CC.S.M, l’UOC di Neuropsichiatria, i Nuclei di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, il Day Hospital per l’appropriatezza prescrittiva e la sicurezza farmacologica

#### **Tenuto conto**

- che il dott. Pasquale Saviano, dirigente psichiatra incardinato presso l’UOCSM Di Nola, e il dott. Silvestro La Pia, dirigente psichiatra incardinato presso l’UOCSM di Pollena Cercola, sono stati individuati per le vie brevi dal Direttore Sanitario aziendale nella sua qualità di Direttore ad interim del DSM per l’implementazione di quanto previsto dai DD.CC.AA. 23/2017 e 51/2018

## PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di prendere atto del DCA 23/2017, in allegato, relativo a “Disposizioni per l’istituzione dei centri di riferimento regionali autorizzati alla prescrizione dei trattamenti farmacologici per cittadini adulti con disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)”
- Di prendere atto del DCA 51/2018, in allegato, relativo a “Centri di riferimento aziendali per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Modifiche e integrazioni alla DGRC n. 1406/2007”
- Di prendere atto ed approvare l’allegato 1 “Percorso diagnostico-terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit dell’attenzione e/o iperattività’ (ADHD)” che costituisce parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione
- Di individuare tutte le UU.OO.CC.S.M. territoriali come centri prescrittori per gli adulti già diagnosticati con ADHD per le specialità medicinali metilfenidato ed atomoxetina
- Di prendere atto ed approvare l’elenco dei medici prescrittori psichiatri di cui all’allegato 2, che costituisce parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione, per le suddette specialità medicinali
- Di individuare il Dipartimento per la Salute Mentale, attraverso i Nuclei di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, come centro di riferimento aziendale per la diagnosi ed il trattamento di minori affetti da ADHD e per la prescrizione delle specialità medicinali metilfenidato ed atomoxetina
- Di prendere atto ed approvare l’elenco dei medici prescrittori neuropsichiatri infantili di cui all’allegato 3, che costituisce parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione, per le suddette specialità medicinali, anche nelle more della definitiva costituzione dei Nuclei di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza
- Di dare mandato al Direttore del Dipartimento farmaceutico di provvedere all’attivazione dei centri e dei medici prescrittori individuati ai punti precedenti nella piattaforma regionale SANIARP per i principi attivi metilfenidato e atomoxetina

Il Direttore Sanitario nella qualità di  
Direttore ad interim del DSM  
f.to Dott. Luigi Caterino

## IL DIRETTORE GENERALE

In forza della D.G.R.C. n°375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R. n°165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal Direttore Sanitario in qualità di Direttore ad interim del Dipartimento per la Salute Mentale con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy,

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

Il Direttore Amministrativo  
f.to Dott. Domenico Concilio

## DELIBERA

- Di prendere atto del DCA 23/2017, in allegato, relativo a “Disposizioni per l’istituzione dei centri di riferimento regionali autorizzati alla prescrizione dei trattamenti farmacologici per cittadini adulti con disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)”
- Di prendere atto del DCA 51/2018, in allegato, relativo a “Centri di riferimento aziendali per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Modifiche e integrazioni alla DGRC n. 1406/2007”
- Di prendere atto ed approvare l’allegato 1 “Percorso diagnostico-terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit dell’attenzione e/o iperattività (ADHD)” che costituisce parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione
- Di individuare tutte le UU.OO.CC.S.M. territoriali come centri prescrittori per gli adulti già diagnosticati con ADHD per le specialità medicinali metilfenidato ed atomoxetina
- Di prendere atto ed approvare l’elenco dei medici prescrittori psichiatri di cui all’allegato 2, che costituisce parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione, per le suddette specialità medicinali
- Di individuare il Dipartimento per la Salute Mentale, attraverso i Nuclei di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, come centro di riferimento aziendale per la diagnosi ed il trattamento di minori affetti da ADHD e per la prescrizione delle specialità medicinali metilfenidato ed atomoxetina
- Di prendere atto ed approvare l’elenco dei medici prescrittori neuropsichiatri infantili di cui all’allegato 3, che costituisce parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione, per le suddette specialità medicinali, anche nelle more della definitiva costituzione dei Nuclei di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza
- Di dare mandato al Direttore del Dipartimento farmaceutico di provvedere all’attivazione dei centri e dei medici prescrittori individuati ai punti precedenti nella piattaforma regionale SANIARP per i principi attivi metilfenidato e atomoxetina

Il Direttore Sanitario aziendale nella sua qualità di Direttore ad interim del DSM sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, che viene resa data l’urgenza immediatamente esecutiva, curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dagli artt. 26 e 27 del D.Lvo 14 Marzo 2013, n° 33 e s.m.i.

Il Direttore Generale  
f.to Dott.ssa Antonietta COSTANTINI

## PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE E/O IPERATTIVITA' (ADHD)

### 1. Premessa

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud assicura le attività di prevenzione, cura e abilitazione nella fascia d'età 0-18 attraverso l'integrazione dei Nuclei territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.) a competenza interdistrettuale, coordinati da un'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile (UOC NPIA), all'interno del Dipartimento di Salute Mentale (DSM). In questo modo la tutela della salute mentale in età evolutiva si realizza attraverso il modello della presa in carico multimodale e multidisciplinare che già caratterizza il funzionamento del DSM, in piena coerenza con il dettato de DCA n. 99 del 22/09/2016, nella parte attinente all'organizzazione della Rete Assistenziale Territoriale per la salute mentale adulta e dei minori (cap. 7 e cap. 8). Inoltre, il descritto modello organizzativo facilita la progettazione coordinata e condivisa tra i Servizi di percorsi di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

In questo contesto operativo si colloca il Percorso Diagnostico-Terapeutico per Il Trattamento del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e/o Iperattività' (ADHD) e l'individuazione dei centri di riferimento regionali per l'attività di prescrizione e monitoraggio delle terapie farmacologiche con le specialità medicinali Metilfenidato e Atomoxetina, sia nell'età evolutiva (DCA n. 51 del 29/06/2018), sia in quella adulta (DCA n. 23 del 29.03/2017), secondo quanto previsto dalle detemine AIFA n. 1291 del 03/11/2014 e n. 488 del 27/04/2015 e contenuto nel documento tecnico della DGRC n. 1406/2007.

### **2. Il DSM dell'ASL Napoli 3 Sud come Centro di Riferimento per l'attuazione dei programmi multidisciplinari e multimodali di trattamento dell'ADHD e per la prescrizione delle specialità medicinali Metilfenidato e Atomoxetina.**

Il DSM risponde pienamente ai criteri standard individuati dalla citata DGRC n. 1406/2007 e cioè:

- a) Strutture (corrispondenti ai N.NP.I.A , per quanto attiene all'età evolutiva, e alle Unità Operative Complesse di Salute Mentale - UOCSM - relativamente all'età adulta) uniformemente distribuite lungo il vasto territorio dell'ASL Napoli 3 Sud e capaci di erogare, in modo uniforme ed integrato, tutti gli interventi previsti dal presente Percorso Diagnostico, elaborato in accordo alle indicazioni della più volte citata DGRC n. 1406/2007.
- b) Personale per l'attuazione dei programmi di cui al successivo paragrafo 3, punto a)

- c) Possibilità di comunicazione, attraverso la rete intranet aziendale, dei dati relativi al monitoraggio del trattamento farmacologico all' UOC NPIA per la trasmissione all'Istituto Superiore di Sanità (paragrafo 3, punto x)
- d) All'interno della Struttura Aziendale, è reperibile la figura del Farmacologo Clinico/Farmacista.

### **3. Il Percorso Diagnostico-Terapeutico per l'ADHD nell'età evolutiva**

- a) i N.NP.I.A. si caratterizzano per la presenza, al loro interno, di almeno un Neuropsichiatra Infantile e dello Psicologo clinico e, globalmente, sono in grado di assorbire i potenziali casi attesi per le attività di conferma diagnostica, così come dettagliate nella I Fase dell'allegato tecnico della DGRC n. 1406/2007, nonché le componenti del programma multimodale di cui alla Fase II, anche relativamente alle previste attività di supporto alla famiglia e alla scuola. Al/ai Neuropsichiatra/i Infantile/i individuato/i nel N.NP.I.A. spetta il compito di redigere il piano terapeutico per la prescrizione, laddove ritenuta necessaria nell'ambito del trattamento multimodale, dei farmaci Metilfenidato e Atomoxetina, curando tutte le azioni successive del programma di monitoraggio della Fase III. L'invio al N.NP.I.A. dei soggetti con sospetto diagnostico di ADHD, da parte dei PLS e/o del MMG, muniti di specifica impegnativa, dà inizio al processo per l'accoglienza e la presa in carico. Il N.NP.I.A. predisporrà le necessarie attività di integrazione sanitaria con gli invianti, anche al fine di assicurare l'esecuzione di eventuali indagini strumentali e di laboratorio connesse al follow-up.
- b) Per l'esecuzione della dose-test per la valutazione della somministrabilità del Metilfenidato, le N.NP.I.A. invieranno i pazienti presso le UOC di Pediatria presso gli Ospedali di Nola e di Castellammare Mare, rispettivamente, per le afferenze provenienti dall'area orientale ed occidentale dell'Azienda. Ciò avverrà attraverso la stipula di appositi protocolli d'intesa tra le strutture ospedaliere ed i N.NP.I.A.
- c) La presenza della sovraordinata UOC NPIA consentirà la necessaria omogeneità degli interventi clinico-assistenziali, la predisposizione degli strumenti diagnostici (interviste semistrutturate e/o questionari standardizzati) per la conferma diagnostica. Inoltre saranno predisposti specifici programmi di aggiornamento e di formazione del personale dei N.NP.I.A.
- d) Alla UOC NPIA spetta, inoltre, il ruolo di raccolta e trasmissione dei dati per il monitoraggio sulla prescrizione e sul rapporto rischi/benefici di atomoxetina e metilfenidato e per la

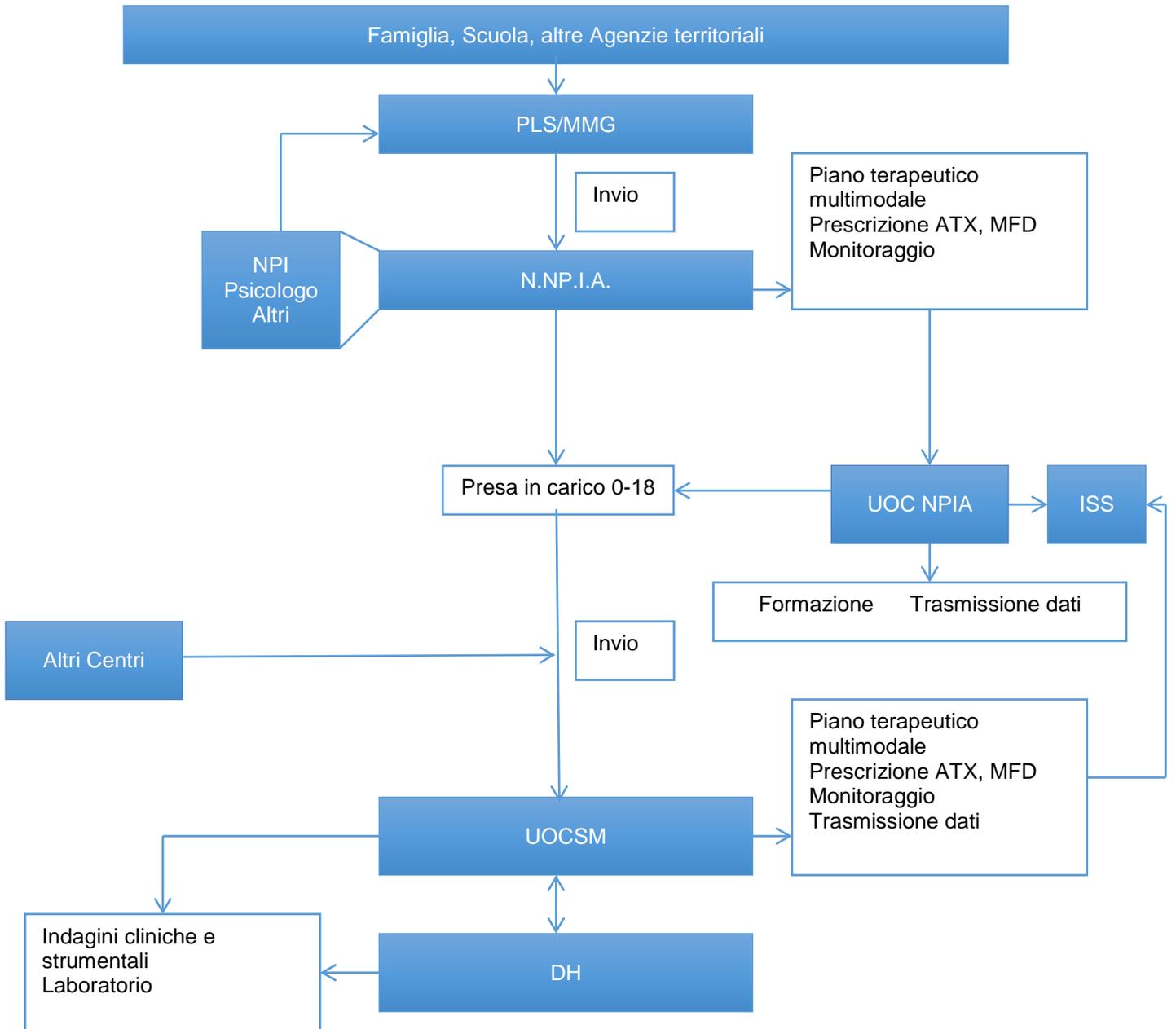
gestione del flusso dati alla AUO L. Vanvitelli di Napoli e per l'inserimento nel registro nazionale tenuto dall'Istituto Superiore di Sanità.

#### **4. Il Percorso Diagnostico-Terapeutico per l'ADHD nell'età adulta.**

- a) Alla UOCSM competente per territorio spetta la presa in carico dei pazienti che, già diagnosticati in età evolutiva per ADHD e precedentemente in trattamento farmacologico, giungano per continuità assistenziale dai N.NP.I.A., ovvero da altri Enti specificamente individuati per la diagnosi e trattamento dell'ADHD, presenti sul territorio Regionale. All'interno di ciascuna UOCSM sarà individuata un'équipe, composta da almeno uno psichiatra e uno psicologo clinico, per la conferma diagnostica e la successiva presa in carico multimodale e multidisciplinare dei pazienti adulti con ADHD, nonché per la prescrizione dei medicinali metilfenidato e atomoxetina.
- b) Le attività di controllo clinico, laboratoristico e strumentale, di supporto al follow-up successivo alla prescrizione e all'eventuale terapia di mantenimento, saranno effettuate presso il DH psichiatrico dipartimentale. Lo psichiatra dell'équipe referente compila un'apposita scheda che contiene, oltre i dati demografici del paziente, l'indicazione della terapia in corso e della durata stabilita del trattamento. Il Responsabile del DH redige il piano di monitoraggio, inserendone i dati nella cartella clinica dipartimentale computerizzata, accessibile via intranet in tempo reale da tutte le postazioni collegate delle UOCSM.
- c) All'équipe della UOCSM centro prescrittore spetta il compito di inviare le informazioni per l'inserimento dei dati nel relativo registro nazionale dell'Istituto Superiore di sanità.

#### **5) Considerazioni conclusive**

Il DSM rappresenta, secondo il modello descritto e in accordo alle disposizioni normative, il Centro di Riferimento per l'ADHD ed opera, attraverso i N.NP.I.A. e le UOCSM territoriali, per la predisposizione del piano terapeutico multimodale e per la prescrizione ed il monitoraggio, rispettivamente per l'età evolutiva ed adulta, dei farmaci metilfenidato ed atomoxetina.



Codice struttura	struttura	cognome	nome	Codice prescrittore
20620007	DSM - UOCSM DS 59	ARDILLO	CARMELINA	NA020381
20620007	DSM - UOCSM DS 59	CIOFFI	GIUSEPPE	NA024129
20620007	DSM - UOCSM DS 59	GARGIULO	LUISA	NA021309
20620007	DSM - UOCSM DS 59	GASPARO RIPPA	PASQUALE	NA021801
20620007	DSM - UOCSM DS 59	PANE	ANTONINO	NA017607
20620007	DSM - UOCSM DS 59	VENANZIO	ANTONINO	NA018335
20620000	DSM. - UOCSM DS 53	BORTOLOTTI	FRANCESCA	SA007882
20620000	DSM. - UOCSM DS 53	COCCHIARELLA	GIOVANNA	NA027526
20620000	DSM. - UOCSM DS 53	DE LAURENTIS	MARIAGIUSEPPA	NA019636
20620000	DSM. - UOCSM DS 53	FERRARA	RACHELE	NA032308
20620000	DSM. - UOCSM DS 53	LAUDATO	ALESSANDRA	NA032379
20620000	DSM. - UOCSM DS 53	ORAZZO	CATELLO	SA006874
20620000	DSM. - UOCSM DS 53	PARMENTOLA	COLOMBA	NA017609
20620000	DSM. - UOCSM DS 53	PICCOLO	AURELIO	NA023484
20620000	DSM. - UOCSM DS 53	PISAURO	FRANCESCO	NA017390
20620001	DSM - P.O. MARESCA	CAMPANA	FRANCESCO	NA016663
20620001	DSM - P.O. MARESCA	CINQUE	MADDALENA	NA017332
20620001	DSM - P.O. MARESCA	IOIME	RAFFAELE	NA030177
20620001	DSM - P.O. MARESCA	MENNELLA	ROSA	NA027392
20620001	DSM - P.O. MARESCA	ORRICO	ADA	NA031178
20620002	DSM - UOCSM DS 49	COSTAGLIOLA	ANNA	NA020793
20620002	DSM - UOCSM DS 49	ESPOSITO	GENNARO	NA023026
20620002	DSM - UOCSM DS 49	LEO	ANASTASIA	SA008703
20620002	DSM - UOCSM DS 49	SAVIANO	PASQUALE	NA026558
20620002	DSM - UOCSM DS 49	SOVIERO	LUCA	NA021035
20620002	DSM - UOCSM DS 49	TROCCHIA	GIUSEPPINA	NA021713
20620004	DSM - UOCSM DS 52	AMBROSIO	MARIO	NA020370
20620004	DSM - UOCSM DS 52	AMMENDOLA	MARIA LUISA	NA020374
20620004	DSM - UOCSM DS 52	CIRIELLO	RITA	NA025062
20620004	DSM - UOCSM DS 52	FERRARO	CIRO	NA027338
20620004	DSM - UOCSM DS 52	FRANCO	FILOMENA	NA025054
20620004	DSM - UOCSM DS 52	GIAMUNDO	GIUSEPPE	NA019950
20620004	DSM - UOCSM DS 52	IOSSA	LUCIA	NA018118
20620008	DSM - UOCSM DS 54 e DS 34	ASCOLESE	VINCENZO A.	NA023399
20620008	DSM - UOCSM DS 54 e DS 34	CAVAGNUOLO	SERGIO	NA022325
20620008	DSM - UOCSM DS 54 e DS 34	COPPOLA	NUNZIATINA	NA022346
20620008	DSM - UOCSM DS 54 e DS 34	DE FURIO	MARIANO	NA022367
20620008	DSM - UOCSM DS 54 e DS 34	LOMBARDO	ANTONIA	NA027902
20620008	DSM - UOCSM DS 54 e DS 34	MANDARANO	GIUSEPPE	NA021636
20620008	DSM - UOCSM DS 54 e DS 34	MARASCO	CECILIA	NA025861

20620006	DSM - UOCSM DS 56	ACANFORA	LUIGI	NA020710
20620006	DSM - UOCSM DS 56	ALFANO	VINCENZA	SA005424
20620006	DSM - UOCSM DS 56	ANTONACCHIO	MARIA	SA007028
20620006	DSM - UOCSM DS 56	DA POZZO	GENNARO	NA019400
20620006	DSM - UOCSM DS 56	DE LUCA	GENNARO	NA019408
20620006	DSM - UOCSM DS 56	IANDOLO	MARIA AUGUSTA	AV003620
20620006	DSM - UOCSM DS 56	TANZILLO	CARLA	NA025831
20620005	DSM - UOCSM DS 57	AMATO	DANIELA	NA034621
20620005	DSM - UOCSM DS 57	DI BUONO	EMILIA	NA023011
20620005	DSM - UOCSM DS 57	INTOCCIA	LUIGI	NA023766
20620005	DSM - UOCSM DS 57	MAZZA	DOMENICO	NA023706
20620005	DSM - UOCSM DS 57	NEMOIANNI	EUGENIO	NA016292
20620005	DSM - UOCSM DS 57	PIRARELLA	FIGURELLA	NA032015
20620005	DSM - UOCSM DS 57	SALZANO	ANTONIO	NA031101
20620010	DSM - UOCSMDS 50	BIANCO	STEFANO	NA017951
20620010	DSM - UOCSMDS 50	CAMPANA	TERESA	NA033409
20620010	DSM - UOCSMDS 50	CAPRIOLA	ELENA	NA021530
20620010	DSM - UOCSMDS 50	DI VICINO	LUCIA	NA021588
20620010	DSM - UOCSMDS 50	FUSCHILLO	CARMINE	NA020876
20620010	DSM - UOCSMDS 50	LA PIA	SILVESTRO	NA018127
20620010	DSM - UOCSMDS 50	PINTO	ANTONIO	NA026555
20620010	DSM - UOCSMDS 50	PIROZZI	RAFFAELE	NA019536
20620010	DSM - UOCSMDS 50	SANNINO	ALFONSO	NA022557
20620009	DSM - UOCSMDS 55	AMATI	CARLO	NA020715
20620009	DSM - UOCSMDS 55	BERNARDO	AMATO	NA026885
20620009	DSM - UOCSMDS 55	DI COSTANZO	PASQUALE	NA018530
20620009	DSM - UOCSMDS 55	RAGO	VITO	NA026586
20620009	DSM - UOCSMDS 55	VEGA	MARIA LISA	NA022662
20620003	DSM UOCSM DS 48 e DS 51	BOCCIA	CARLA	NA021989
20620003	DSM UOCSM DS 48 e DS 51	BUONGIGLIO	GIUSEPPINA	NA018429
20620003	DSM UOCSM DS 48 e DS 51	COPPOLA	CARMINE	NA016886
20620003	DSM UOCSM DS 48 e DS 51	GIUFFRE'	VINCENZO A.	NA021611
20620003	DSM UOCSM DS 48 e DS 51	MOCERINO	FELICIA	NA020055
20620003	DSM UOCSM DS 48 e DS 51	PAPA	LUIGI	NA023286
20620003	DSM UOCSM DS 48 e DS 51	RIVELLINI	MARINA	NA023802
20620003	DSM UOCSM DS 48 e DS 51	ROMANO	DOMENICO	NA022505
20620003	DSM UOCSM DS 48 e DS 51	SALVATI	ANTONIO	NA018679

Centro prescrittore	Cognome	Nome	Codice
DS34	ISONE	CLAUDIA	NA031407
	DI NOLA	EMILIA	NA024696
	LETIZIA	SILVANA	CE002632
	DI RUOCCO	ISABELLA	NA028256
DS48	SANTILLO	GIOVANBATTISTA	CE005618
DS49	BOCCIA	ADRIANA	NA018782
	FICO	CINZIA	NA028408
	SAVARESE	ASSUNTA	NA023994
DS50	CASTIELLO	MARIO ROSARIO	NA019808
	DEL GADO	GABRIELLA	NA029397
	SANTILLO	GIOVANBATTISTA	CE005618
	FARALDO	ANTONIETTA	CE006295
DS51	CASTIELLO	MARIO ROSARIO	NA019808
	FICO	CINZIA	NA028408
DS52	BOCCIA	ADRIANA	NA018782
	SAVARESE	ASSUNTA	NA028408
DS53	BOVE	DOMENICO	CE005777
	PACCIOLLA	ANNAMARIA	NA029175
	SAVARESE	ASSUNTA	NA023994
DS54	DEL GADO	GABRIELLA	NA029397
	INFANTE	LUDOVICA	NA026397
	PEDUTO	ANGELO	NA031749
DS55	FIORILLO	PASQUALE	NA025130
	IAZZETTA	MARIA ROSARIA	NA026365
DS56	LA TORRE	GRAZIELLA	SA010506
	DI SARNO	ANGELA MARIA	NA024238
	CIVITENGA	GIULIA	NA028804
DS57	DI RUOCCO	ISABELLA	NA028256
	ASCIONE	CLARA	NA019322
	MUZIO	MARIA ROSARIA	NA028589
DS58	CRISTINZIANO	TERESA	SA007896
	FERRANTE	DIEGO	NA030633
DS59	CHIANESE	MAGDA	CE006371
	PACCIOLLA	ANNAMARIA	NA029175
	SIRACUSANO	ROSAMARIA	ME008924



**Regione Campania**  
**Il Commissario ad Acta**

per l'attuazione del Piano di rientro  
dai disavanzi del SSR della regione Campania  
Il Commissario ad acta dr Joseph Polimeni  
Il sub Commissario Dr Claudio D'Amario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 11/12/2015)

**DECRETO N. 23 DEL 29/03/2017**

**OGGETTO:** Disposizioni per l'istituzione dei centri di riferimento regionali autorizzati alla prescrizione dei trattamenti farmacologici per cittadini adulti con disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD: *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*)

**PREMESSO:**

- a) che la legge 30 dicembre 2004 n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato ( legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b) che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*;
- c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- e) che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

**VISTI** gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015;

**VISTI** i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)*" con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che "*La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23*

dicembre 2009 n. 191 e successive modificazioni, è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento”;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Sistema Sanitario regionale (SSR) della Campania e con il quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;

**VISTO** l'acta prioritario riportato al punto IV della Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015: “Potenziamento dell'offerta sanitaria extraospedaliera e territoriale”;

#### **VISTA**

La nota prot. reg.le nr. 0225873 del 28.03.2017 della Direzione Generale per la Tutela della Salute, assunta al prot. comm.le in data 28.03.2017 al nr. 1619/C, avente come oggetto “trasmissione proposta di decreto commissariale”;

#### **PREMESSO :**

- a) che con DGRC n. 1406 del 27/07/2007, pubblicata sul BURC n. 49 del 10/09/2007, concernente la somministrazione delle specialità medicinali metilfenidato e atomoxetina e la definizione di un percorso diagnostico-terapeutico per il trattamento dell'ADHD in età evolutiva, sono stati definiti anche i criteri standard dei centri specialistici e individuati i centri di riferimento regionali per l'ADHD in età evolutiva già in possesso dei requisiti di cui alla citata delibera, ossia le UU.OO. di Neuropsichiatria Infantile dell'AOU Seconda Università di Napoli (SUN, attualmente Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”), dell'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, del Dipartimento Clinico di Pediatria dell'Università degli Studi “Federico II”, l'U.O.S. Dipartimentale di Neuropsichiatria Infantile dell'A.O.S. Giuseppe Moscati (AV) e l'U.O.S. a valenza dipartimentale del P.O. di Aversa dell'allora ASL CE 2;
- b) che nella predetta delibera è stata individuata l'AOU della ex SUN – U.O. Neuropsichiatria Infantile – quale Centro di Coordinamento per il trattamento dell'ADHD in età evolutiva per le attività di monitoraggio e gestione flusso dati in collaborazione con il Centro di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia, sempre della ex SUN per la funzione di monitoraggio sulla prescrizione e sul rapporto rischio/beneficio dei farmaci a base di metilfenidato e di atomoxetina utilizzati nei pazienti minorenni con ADHD;
- c) che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), con determina n. 1291 del 03/11/2014 e determina n. 488 del 27/04/2015, ha esteso le indicazioni terapeutiche delle specialità medicinali metilfenidato e atomoxetina agli adulti già diagnosticati in età evolutiva per l'ADHD e precedentemente in trattamento farmacologico, indicando altresì che la prescrizione di tali medicinali deve essere parte di un programma di trattamento multimodale e deve essere effettuata su diagnosi e piano terapeutico dei centri specialistici individuati dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano;
- d) che l'AIFA, nelle suddette determine, ha stabilito anche che, ai fini della prescrizione:
  1. la diagnosi di ADHD deve essere effettuata secondo i criteri internazionali del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali denominato DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*);
  2. la presenza dei sintomi dell'ADHD, preesistenti in età infantile, deve essere confermata in età adulta;
  3. la gravità del disturbo, sulla base della valutazione clinica, deve essere moderata in due o più ambiti di vita di un individuo (sociale, scolastico e/o lavorativo);
  4. i centri regionali di riferimento sono tenuti a inserire i dati del protocollo diagnostico-terapeutico dell'ADHD nel relativo registro nazionale tenuto dall'Istituto Superiore di Sanità, per il monitoraggio dell'accuratezza diagnostica e dell'appropriatezza prescrittiva;

#### **VISTO** che:

- a) con note n. 832853 del 02/12/2015 e n. 172078 del 10/03/2016, indirizzate alle Aziende Sanitarie Locali (AASSLL), alle Aziende Ospedaliere (AAOO) e alle Aziende Ospedaliere Universitarie (AAOOUU), la Regione Campania, attraverso i competenti uffici delle UUOODD Interventi Sociosanitari e Politica del farmaco e dispositivi, ha richiesto e sollecitato alle suddette aziende di

informare circa la possibilità di individuare, nell'ambito dei propri servizi aziendali, un'equipe di riferimento per la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio dei pazienti adulti affetti da ADHD;

- b) che nelle more dell'individuazione dei centri di riferimento in oggetto, le citate UUOODD Interventi Sociosanitari e Politica del farmaco e dispositivi hanno organizzato degli incontri con esperti universitari e della rete assistenziale territoriale dai quali sono emerse osservazioni e indicazioni in merito centri di riferimento per la somministrazione farmacologica per l'ADHD, sia per l'età evolutiva che per l'età adulta, con la proposta indicazioni per la presa in carico diagnostica e terapeutica per il trattamento dell'ADHD, improntata alla presa in carico multidisciplinare e multimodale (farmacoterapia, psicoterapia, riabilitazione, ecc.) e in continuità con i programmi terapeutici avviati in età evolutiva;

**PRESO ATTO:**

- a) che, ad oggi, nessuna azienda, in risposta alle richieste delle citate note regionali, ha individuato un'equipe di riferimento per la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio dei pazienti adulti affetti da ADHD;

**CONSIDERATO**

- che appare opportuno estendere anche ai centri di riferimento per l'ADHD in età evolutiva, individuati con la citata DGRC n. 1406/2007, la possibilità di prescrivere specialità medicinali a base di atomoxetina e di metilfenidato per i pazienti maggiorenni fino alla presa in carico degli stessi da parte dei centri ADHD per soggetti adulti di cui al presente atto, e comunque non oltre 180 giorni dalla data di approvazione del presente decreto;

**TENUTO CONTO:**

- a) che il Decreto del Commissario ad Acta per la Sanità n. 33 del 17/05/2016: "Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 2016-2018", tra le altre cose, sottolinea in più parti la relazione integrata Territorio-Ospedale, considerati di pari dignità assistenziale e strategica per l'erogazione dei servizi sanitari, mirando a rafforzare l'attuale debolezza organizzativa e professionale, entro i servizi pubblici di salute mentale (neuropsichiatria infantile e psichiatria), nei processi di assistenza nel percorso di transizione dall'età evolutiva a quella adulta;
- b) che nel Decreto Commissario ad Acta n. 99 del 22/09/2016: "Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018", sono specificatamente dedicati due capitoli (cap. 7 e cap. 8) all'area della salute mentale adulta e a quella dei minori con disturbi psichiatrici in cui, tra l'altro, è posta particolare attenzione al modello organizzativo del dipartimento di salute mentale (DSM), ai programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi per l'inserimento sociale delle persone con disturbi psichici, all'istituzione dei nuclei di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, all'uniformità e all'armonizzazione delle prestazioni assistenziali distrettuali inerenti la salute mentale in età evolutiva, in età adulta e nella fase di transizione tra le due;

**CONSIDERATO:**

- a) che è opportuno procedere all'individuazione di almeno un centro di riferimento per l'ADHD in età adulta in ciascun DSM delle ASL della Campania;
- b) che nel DPCM riguardante i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, in corso di registrazione, all'art. 25, dedicato all'assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, è prevista la progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta;

**RITENUTO** di procedere all'istituzione dei centri di riferimento per la somministrazione delle specialità medicinale a base di metilfenidato e di atomoxetina in età adulta, in grado di garantire la presa in carico multidisciplinare e multimodale (farmacoterapia, psicoterapia, riabilitazione, ecc.) e in continuità con i programmi terapeutici avviati in età evolutiva;

**VISTI:**

- a) la DGRC n. 1406/2007;
- b) le note dell'AIFA del 03/11/2014 e 27/04/2015

- c) il DCA n. 135/2012 (Atto indirizzo per gli atti aziendali);
- d) il DCA n. 18/2013 (Integrazioni al DCA 135/12);
- e) il DCA n. 33/2016 (Rete Ospedaliera)
- f) il DCA n. 99/2016 (Assistenza Territoriale);

## DECRETA

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

- 1) di **INDIVIDUARE** nei Dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS.LL. i servizi dedicati alla presa in carico multimodale e multidisciplinare dei pazienti adulti con ADHD, nonché i centri prescrittori per i medicinali metilfenidato e atomoxetina agli adulti già diagnosticati in età evolutiva per l'ADHD e precedentemente in trattamento farmacologico;
- 2) di **DARE FACOLTA'** ai Dipartimenti di Salute Mentale delle AA.SS.LL. di concertare con gli altri attori della rete assistenziale per la salute mentale (AAOO e AAOOUU, servizi per neuropsichiatria infantile) percorsi per la continuità assistenziale e la presa in carico integrata;
- 3) di **FISSARE** il termine ultimo di 60 giorni dalla data del presente decreto per la comunicazione alla Direzione Generale Tutela della Salute - UOD Interventi Sociosanitari e UOD Politiche del farmaco e dispositivi, da parte dei Direttori Generali delle ASL, delle informazioni relative ai centri individuati per la prescrizione/somministrazione delle specialità medicinali atomoxetina e metilfenidato ai pazienti in età adulta con ADHD e della relativa equipe multidisciplinare di presa in carico composta da almeno uno psichiatra e uno psicologo clinico con esperienza nella diagnosi e nel trattamento dell'ADHD nell'adulto;
- 4) di **DARE MANDATO** alle UOD Interventi Sociosanitari e Politica del farmaco e dispositivi della Direzione Generale Tutela della Salute, per quanto di propria competenza, di dare esecuzione a tutto quanto previsto dal presente atto;
- 5) di **TRASMETTERE** copia del presente decreto alle AASSLL, AAOO, AAOOUU, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale, al Gabinetto del Presidente della G.R., per quanto di competenza, nonché al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Il Sub Commissario ad Acta  
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta  
Dott. Joseph Polimeni

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione  
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)****DECRETO N. 51 DEL 29/06/2018**

**OGGETTO: Centri di riferimento aziendali per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Modifiche e integrazioni alla DGRC n. 1406/2007.**

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta n. vii "attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale)*

**VISTA** la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

**VISTA** l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con il quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amaro;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, lo scrivente è stato nominato, quale Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR

Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

**VISTA** la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018 con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

**VISTA** la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017, che:

- assegna *“al Commissario ad acta l’incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell’ambito della cornice normativa vigente”*;
- individua, nell’ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto (vii) *“attuazione degli interventi rivolti all’incremento della produttività e della qualità dell’assistenza erogata dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale”*;

## **RICHIAMATI**

- il comma 80 dell’ articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 secondo cui *“Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che e’ obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”*;
- il comma 231 bis dell’ articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 così come introdotto dal comma 34, dell’articolo 1, della legge regionale 4 agosto 2011, n. 14 secondo cui: *“il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell’art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 , convertito con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all’art. 2, coma 88 della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell’efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall’art. 2, comma 80 della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni individuate, sospendendole o abrogandole”*;
- la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *“ nell’esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell’art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell’espletamento di funzioni d’emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d’organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”*;

**PREMESSO** che

a) con DGRC n. 1406/2007 ad oggetto *“Specialità medicinali "RITALIN" e "STRATTERA" - Definizione di percorso diagnostico -terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit d’attenzione e/o iperattività (ADHD)”*, pubblicata sul BURC n. 49 del 10/09/2007:

- 1) è stato approvato un documento tecnico denominato *“Percorso diagnostico terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit d’attenzione e /o iperattività”*, con il quale sono stati individuati un percorso diagnostico-terapeutico e i criteri standard dei centri specialistici;
- 2) sono state individuate, in fase di prima applicazione, le UU.OO. di Neuropsichiatria Infantile dell’AOU dell’allora Seconda Università di Napoli (attualmente Università degli Studi della Campania “L. Vanvitelli”), dell’A.O.R.N. “Santobono-Pausilipon”, del Dipartimento Clinico di Pediatria dell’Università di

Napoli "Federico II", l'U.O.S. Dipartimentale di Neuropsichiatria Infantile dell'A.O. "S. Giuseppe Moscati" di Avellino e l'U.O.S. a valenza dipartimentale del P.O. di Aversa dell'allora ASL CE2 (oggi ASL Caserta), già in possesso dei requisiti previsti dalla DGRC 1406/2007, quali Centri di riferimento ADHD per la prescrizione dei principi attivi metilfenidato e atomoxetina secondo le modalità definite nel sopracitato documento tecnico (Allegato 1);

3) è stata individuata l'AOU dell'ex SUN (oggi Università "L. Vanvitelli") – U.O. Neuropsichiatria Infantile – quale centro di coordinamento per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività per le attività di monitoraggio e gestione flusso dati in collaborazione con il Centro di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia del medesimo policlinico per la funzione di monitoraggio sulla prescrizione e sul rapporto rischio/beneficio dei farmaci metilfenidato e atomoxetina utilizzati nei pazienti con ADHD;

4) è stato previsto di rinviare a successivo atto deliberativo l'individuazione di altri centri di riferimento per l'ADHD, secondo gli standard previsti nel summenzionato Allegato 1 e su indicazione dei direttori generali delle aziende;

### **RILEVATO** che

a) a distanza di oltre dieci anni dall'emanazione della DGRC n. 1406/07, sulla scorta delle azioni intraprese e delle criticità emerse a seguito della sua attuazione, è emersa la necessità di verificare la possibilità/opportunità di ampliare l'offerta diagnostica per il trattamento a carico del Sistema Sanitario Regionale (SSR) del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività – ADHD, al fine di garantire la presenza sul territorio di almeno un centro di riferimento per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD in età evolutiva per ciascuna ASL;

b) che, pertanto, con nota n. 473093/2017, della Direzione Generale "Tutela della Salute e Coordinamento del SSR" è stato chiesto alle AASSLL, AAOO e AAOOUU campane di confermare l'operatività dei centri per l'ADHD in età evolutiva individuati dalla DGRC n. 1406/2007, ovvero di proporre l'individuazione di ulteriori centri di riferimento per tale patologia che possano garantire la presa in carico multimodale e multidisciplinare del paziente e della sua famiglia, ivi incluso il trattamento farmacologico, e che presentino i requisiti standard stabiliti nella citata deliberazione, ossia:

- strutture (servizi, centri, dipartimenti, unità operative, ecc.) di Neuropsichiatria Infantile;
- presenza nella struttura del Neuropsichiatra Infantile e dello Psicologo clinico;
- presenza nell'istituzione di appartenenza di: 1) Pediatra, 2) Farmacologo clinico o Farmacista, 3) Assistente Sociale o comunque di personale in grado di supportare la famiglia e interagire con la scuola;
- capacità della struttura di neuropsichiatria infantile di assorbire i potenziali casi attesi;
- garanzia di collaborare con l'Istituto Superiore di Sanità per l'inserimento in database dei dati di presa in carico;

**PRESO ATTO** dei riscontri pervenuti in base ai quali:

1) è stata confermata l'operatività dei centri di riferimento per l'ADHD in età evolutiva, ex DGRC n. 1406/2007, delle AAOOUU "Federico II" – U.O.S. di Psichiatria Infantile del DAI di Pediatria – e "L. Vanvitelli" (ex SUN) – U.O. Neuropsichiatria Infantile; dell'ASL Caserta – P.O. di Aversa (CE); dell'AORN "Santobono-Pausilipon";

2) sono stati indicati ulteriori servizi per la presa in carico e il trattamento dell'ADHD in età evolutiva, ivi inclusa la prescrizione dei farmaci con principio attivo metilfenidato e atomoxetina secondo le modalità definite nel documento tecnico (Allegato 1) della più volte citata DGRC n. 1406/2007 presso l'ASL Benevento – Centro di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, a valenza sovradistrettuale – e presso l'ASL di Salerno – UU.OO. di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (UONPIA) di Cava de' Tirreni, di Salerno e di Agropoli;

3) non risultano ancora individuati i centri di riferimento per l'ADHD in età evolutiva nelle ASL Avellino, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud;

### **TENUTO CONTO**

1) del Piano regionale di Programmazione della rete Ospedaliera ai sensi del Decreto Ministeriale n. 70/2015, periodo 2016-2018, approvato da ultimo con DCA n. 8/2018 che individua l'AORN "Santobono-

Pausilipon”, quale unico Centro Regionale per le Emergenze Neuropsichiatriche Infantili;  
2) del Piano regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza Territoriale 2016 – 2018, di cui al DCA n. 99/2016, nel quale è prevista l’istituzione autonoma di Nuclei territoriali di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (N.NP.I.A.) con diverse funzioni assistenziali in favore dei cittadini in età evolutiva con patologie neurologiche, disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, patologie della sfera cognitiva e disturbi neuropsicologici;  
3) del DCA n. 105/2014 (annualità 2013) e del DCA n. 134/2016 (annualità 2014-2016), concernenti risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, con cui sono state promosse anche azioni per il potenziamento dei servizi e degli interventi per la presa in carico dei soggetti in età evolutiva con disturbi del neurosviluppo;

## CONSIDERATO

che gli studi recenti rilevano che questo tipo di disturbo ha un esordio precoce, e che i principali manuali diagnostici (DSM-V e l’ICD-10) indicano l’ingresso alla scuola primaria come momento cruciale per la diagnosi. Pertanto, più precoce, tempestivo e accurato è l’intervento, e maggiori sono le possibilità che il bambino manifesti successivamente una remissione dei sintomi con una conseguente riduzione di un probabile insuccesso scolastico, una maggiore motivazione positiva verso gli apprendimenti, una migliore ricettività nei confronti dell’ambiente, maggiori competenze sociali, relazionali e di autodeterminazione che impattano positivamente sull’autostima;

**RITENUTO** pertanto, di dover :

1. ampliare la rete assistenziale per la ADHD onde assicurare la presenza di almeno un centro di riferimento per la diagnosi e il trattamento dell’ADHD in età evolutiva per ciascuna A.S.L.;
2. aggiornare l’elenco dei servizi di cui alla DGRC n. 1406/2007 sulla scorta della loro attuale operatività e delle risultanze dell’istruttoria successiva alla nota n. 473093/2017 di aggiornamento/individuazione dei servizi per il trattamento dell’ADHD in età evolutiva;
3. precisare che l’AORN “Santobono-Pausilipon” si connota quale centro di riferimento regionale per il trattamento dei casi di ADHD in età evolutiva a maggiore complessità (comorbidità), a forte rischio di scompenso clinico e che necessitano di un setting assistenziale di tipo ospedaliero e/o di approfondimenti diagnostici complessi;
4. confermare il documento tecnico approvato con DGRC n. 1406/2007 quale percorso diagnostico-terapeutico per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività – ADHD – in età evolutiva e riferimento per i criteri standard dei relativi centri specialistici;
5. demandare ad un Gruppo di Coordinamento regionale, coordinato dal Direttore Generale per la Tutela della Salute e composto dai Dirigenti delle UOD 12 Interventi Sociosanitari, UOD 17 Materno infantile e UOD 08 Politica del Farmaco , nonché dai responsabili dei servizi aziendali per il trattamento dell’ADHD, il monitoraggio delle attività dei servizi di riferimento per l’eventuale aggiornamento degli indirizzi e la definizione di un percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale (PDTA) regionale, tenendo conto delle indicazioni e delle linee guida internazionali e nazionali per quanto riguarda l’adozione e l’uso degli strumenti diagnostici, i trattamenti non farmacologici e farmacologici, le azioni da intraprendere con i pediatri per migliorare l’identificazione precoce della sindrome, e gli interventi da effettuare con la scuola e la famiglia, nonché per il monitoraggio sulla prescrizione dei farmaci con principio attivo metilfenidato e atomoxetina utilizzati nei pazienti in età evolutiva con ADHD, anche con il supporto della piattaforma SaniArp;

## VISTI

- la DGRC n. 1406/2007;
- la nota regionale n. 2007.0473093;
- il DCA n. 99/2016;
- i DDCA nn. 105/2014 e 134/2016;
- il DCA n. 8/2018;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

## DECRETA

per quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

1) di **confermare** l'operatività dei seguenti centri di riferimento per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder), già individuati dalla DGRC n. 1406/2007:

- **AOU "L. Vanvitelli"** (ex SUN) – U.O. di Neuropsichiatria Infantile;
- **AOU "Federico II"** – U.O.S. di Psichiatria Infantile del DAI di Pediatria;
- **AORN "Santobono-Pausillipon"** – U.O. di Neuropsichiatria Infantile per il trattamento dei casi di ADHD in età evolutiva a maggiore complessità (comorbidità), a forte rischio di scompenso clinico e che necessitano di un setting assistenziale di tipo ospedaliero e/o di approfondimenti diagnostici complessi;
- **ASL Caserta** – P.O. di Aversa;

2) di **individuare**, ad integrazione del precedente sistema per la diagnosi ed il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività – ADHD – in età evolutiva, i seguenti ulteriori servizi aziendali:

- **ASL Benevento** – U.O.S.D. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- **ASL Salerno** – UU.OO.NPIA di Cava de' Tirreni, Salerno e Agropoli;

per la diagnosi, presa in carico e trattamento dei soggetti in età evolutiva affetti da ADHD residenti o assistibili nei rispettivi territori;

3) di **confermare** che il documento tecnico approvato con DGRC n. 1406/2007, e allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale, si configura quale percorso diagnostico-terapeutico per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività – ADHD – in età evolutiva e riferimento per i criteri standard dei relativi centri specialistici;

4) di **stabilire** che debba essere assicurata la presenza di almeno un servizio di riferimento per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD in età evolutiva per ciascuna azienda sanitaria locale;

5) di **incaricare**, a tal fine, i Direttori Generali delle AA.SS.LL. Avellino, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud, di individuare, entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURC, almeno un servizio di riferimento per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD in età evolutiva, organizzando i servizi e il personale secondo le indicazioni di cui al precedente documento tecnico e di darne comunicazione alla DG Tutela della Salute e Coordinamento del SSR per l'aggiornamento del sistema di assistenza per l'ADHD in età evolutiva;

6) di **demandare** a un Gruppo di Coordinamento regionale coordinato dal Direttore Generale per la Tutela della Salute e composto dai Dirigenti delle UOD 12 Interventi Sociosanitari, UOD 17 Materno infantile e UOD 08 Politica del Farmaco, nonché dai responsabili dei servizi aziendali per il trattamento dell'ADHD, il monitoraggio delle attività dei servizi di riferimento per l'eventuale aggiornamento degli indirizzi e la definizione di un percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale (PDTA) regionale, tenendo conto delle indicazioni e delle linee guida internazionali e nazionali per quanto riguarda l'adozione e l'uso degli strumenti diagnostici, i trattamenti non farmacologici e farmacologici, le azioni da intraprendere con i pediatri per migliorare l'identificazione precoce della sindrome, e gli interventi da effettuare con la scuola e la famiglia, nonché per il monitoraggio sulla prescrizione dei farmaci con principio attivo metilfenidato e atomoxetina utilizzati nei pazienti in età evolutiva con ADHD, anche con il supporto della piattaforma SaniArp;

7) di **stabilire** che ogni ASL provveda alla redazione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PTDA) aziendale, secondo le previsioni del percorso regionale e dei lavori del Gruppo di Coordinamento regionale ADHD, da inviare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR per la verifica di coerenza e per la pubblicazione sul portale web regionale;

8) di **precisare** che dall'attuazione di quanto disposto dal presente atto non derivano ulteriori oneri a carico del sistema sanitario regionale;

9) di **trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;

10) di **trasmettere** copia del presente decreto al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

*Il Direttore Generale  
per la Tutela della Salute  
Avv. Antonio Postiglione*

DE LUCA

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 27 luglio 2007 - Deliberazione N. 1406 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - **Specialità medicinali "RITALIN" e "STRATTERA" - Definizione di percorso diagnostico -terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit d'attenzione e/o iperattività (ADHD).**

**VISTA** la Determina Aifa 19.04.2007 "Autorizzazione all'immissione in commercio della Specialità medicinale per uso umano Ritalin";

**VISTA** la Determina Aifa 19.04.2007 "Autorizzazione all'immissione in commercio della Specialità medicinale per uso umano Strattera";

**RICHIAMATO** l'art. 4 dei citati decreti di autorizzazione all'immissione in commercio, che prevedono "la prescrizione deve essere effettuata su diagnosi e piano terapeutico (PT) dei centri specialistici, individuati dalle regioni e province autonome di Trento e Bolzano (centri di riferimento), coordinandosi con i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile, con i medici pediatri di libera scelta o il medico di medicina generale che ha il paziente tra i propri assistiti ...";

**RICHIAMATO** altresì l'art. 5, che prevede "presso l'Istituto Superiore di Sanità è istituito il Registro Nazionale ADHD. Ai fini della prescrizione del farmaco i centri regionali di riferimento di cui all'art. 4 sono tenuti a trasmettere all'Istituto Superiore di Sanità i dati previsti dal "Protocollo diagnostico terapeutico della sindrome da iperattività e deficit d'attenzione per il registro nazionale ADHD - All. 1 -...";

**CONSIDERATO** che

- il farmaco Ritalin (Metilfenidato) è classificato in fascia A RMR - medicinale soggetto a prescrizione medica ministeriale a ricalco in quanto rientrante nella tabella II, sezione A del DPR 309/1990, come modificato dal D.L. 272/2005
- il farmaco Strattera (Atomoxetina) è classificato in fascia A RNRL - medicinale soggetto a prescrizione medica non ripetibile limitativa
- la prescrizione di entrambi i farmaci "deve essere effettuata su diagnosi e piano terapeutico dei centri specialistici, individuati dalle regioni e province autonome di Trento e Bolzano (centri di riferimento), coordinandosi con i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile, i medici pediatri di libera scelta o il medico di medicina generale che ha il paziente tra i propri assistiti e con inserimento nel PHT ..."
- entrambi i farmaci hanno quale indicazione terapeutica - trattamento del disturbo da deficit d'attenzione e iperattività (ADHD) nei bambini a partire da 6 anni di età e negli adolescenti come parte di un trattamento multimodale -
- entrambi i farmaci sono sottoposti al monitoraggio dell'Istituto Superiore di Sanità attraverso il Registro Nazionale ADHD ;

**RAVVISATA** la necessità di definire il percorso diagnostico terapeutico per il trattamento dell'ADHD e i requisiti dei centri in conformità a quanto previsto dal Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit d'attenzione, che è parte integrante delle citate determinazioni AIFA ;

**PRESO ATTO** del documento tecnico predisposto dagli esperti denominato "Percorso diagnostico terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit d'attenzione e /o iperattività" che, in particolare prevede:

- percorso diagnostico-terapeutico
- criteri standard dei centri specialistici;

**CONSIDERATO** necessario, al fine di garantire l'assistenza farmaceutica ai pazienti affetti da ADHD, provvedere con urgenza alla individuazione di centri di riferimento regionali per ADHD, già in possesso dei requisiti previsti dal documento tecnico, e un Centro di Coordinamento regionale per le attività di monitoraggio e flusso dati;

**VISTA** la nota n. 475269 del 28.5.2007 con la quale il Settore Farmaceutico, per motivi d'urgenza, ha richiesto ai Direttori Generali di indicare le strutture in possesso dei requisiti previsti dal Protocollo diagnostico terapeutico della sindrome di iperattività e deficit d'attenzione per il Registro Nazionale ADHD e dal citato documento tecnico;

**PRESO ATTO** delle note dei Direttori Generali delle AAOOUU Federico II e Seconda Università di Napoli e dell'AO Santobono-Pausilipon che hanno indicato le strutture in possesso dei requisiti richiesti e necessari a garantire la salute dei pazienti;

**PRESO ATTO** della nota del Direttore Sanitario dell'Asl CE2 che ha indicato l'U.O.S. a valenza dipartimentale del P.O. di Aversa quale struttura in possesso dei requisiti richiesti e necessari a garantire la salute dei pazienti;

**PRESO ATTO** della nota del Direttore Sanitario dell'A.O. S. Giuseppe Moscati (AV) che ha indicato l'U.O.S. Dipartimentale di Neuropsichiatria Infantile in possesso dei requisiti richiesti e necessari a garantire la salute dei pazienti;

**VISTO** che con DGRC 2530 del 6.8.2003 è stato riconosciuto il Centro di Farmacovigilanza e farmacoepidemiologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università degli studi di Napoli quale Centro di rilevanza regionale;

#### **PRESO ATTO**

- dell'istanza dell'AOU Seconda Università di Napoli con la quale chiede di individuare la U.O. di Neuropsichiatria Infantile quale Centro di Coordinamento Regionale
- dell'istanza della Seconda Università di Napoli - Centro di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia - con la quale si chiede di "svolgere una funzione di monitoraggio, in sintonia con i Centri individuati, sulla prescrizione e sul rapporto rischio/beneficio del metilfenidato utilizzato nei pazienti con ADHD" nell'ambito della farmacologia clinica

#### **RITENUTO**

1. di approvare documento tecnico predisposto dagli esperti denominato "Percorso diagnostico terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit d'attenzione e /o iperattività" -Allegato 1 che forma parte integrante della presente deliberazione che, in particolare, prevede:
  - percorso diagnostico-terapeutico
  - criteri standard dei centri specialistici
- di individuare le UU.OO. di Neuropsichiatria Infantile dell'AOU Seconda Università di Napoli, dell'A.O.RN Santobono-Pausilipon, del Dipartimento Clinico di Pediatria della Federico II, l'U.O.S. Dipartimentale di Neuropsichiatria Infantile dell'A.O. S. Giuseppe Moscati (AV) e l'U.O.S. a valenza dipartimentale del P.O. di Aversa dell'ASL CE2, già in possesso dei requisiti previsti dal presente atto deliberativo, quali Centri di riferimento ADHD per la prescrizione dei farmaci Ritalin e Strattera secondo le modalità definite nell'Allegato 1
- di individuare l'AOU Seconda Università di Napoli. U.O. Neuropsichiatria Infantile - quale centro di Coordinamento per il Trattamento del disturbo d'attenzione e/o per iperattività "ADHD" per le attività di monitoraggio e gestione flusso dati in collaborazione con il Centro di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia della Seconda Università di Napoli per la funzione di monitoraggio sulla prescrizione e sul rapporto rischio/beneficio dei farmaci ritalin e strattera utilizzati nei pazienti con ADHD;

#### **VISTI**

Il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni

Il D.L.vo 29/93 e successive modificazioni ed integrazioni

Il DPCM del 29/11/2001

**PROPONE** e la Giunta a voto unanime

**DELIBERA****Per quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato**

2. di approvare documento tecnico predisposto dagli esperti denominato "Percorso diagnostico terapeutico per il trattamento del disturbo da deficit d'attenzione e /o iperattività" -Allegato 1 che forma parte integrante della presente deliberazione che, in particolare, prevede:
  1. percorso diagnostico-terapeutico
  2. criteri standard dei centri specialistici
- di individuare le UU.OO. di Neuropsichiatria Infantile dell'AOU Seconda Università di Napoli, dell'A.O.RN Santobono-Pausilipon, del Dipartimento Clinico di Pediatria della Federico II, l'U.O.S. Dipartimentale di Neuropsichiatria Infantile dell'A.O. S. Giuseppe Moscati (AV) e l'U.O.S. a valenza dipartimentale del P.O. di Aversa dell'ASL CE2, già in possesso dei requisiti previsti dal presente atto deliberativo, quali Centri di riferimento ADHD per la prescrizione dei farmaci Ritalin e Strattera secondo le modalità definite nell'Allegato 1;
- di individuare l'AOU Seconda Università di Napoli - U.O. Neuropsichiatria Infantile - quale centro di Coordinamento per il Trattamento del disturbo d'attenzione e/o per iperattività "ADHD" per le attività di monitoraggio e gestione flusso dati in collaborazione con il Centro di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia della Seconda Università di Napoli per la funzione di monitoraggio sulla prescrizione e sul rapporto rischio/beneficio dei farmaci ritalin e strattera utilizzati nei pazienti con ADHD
- di rinviare a successivo atto deliberativo l'individuazione di altri centri di riferimento regionali per ADHD, secondo gli standards previsti nell'Allegato 1 e su indicazione dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie
- di inviare ai Settori Farmaceutico e Assistenza Sanitaria per quanto di rispettiva competenza
- di autorizzare la pubblicazione sul BURC comprensiva dell' Allegato

Il Segretario  
*D'Elia*

Il Presidente  
*Bassolino*

## PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA DEFICIT D'ATTENZIONE E/O IPERATTIVITA'

Il disturbo da deficit d'attenzione e/o iperattività (ADHD) è un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente, caratterizzato da inattenzione e impulsività/iperattività. La prevalenza riportata in letteratura di questa sindrome è stimata tra il 2 e il 4% in età scolare. Il disturbo può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche e può compromettere numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino predisponendolo ad una patologia psichiatrica o ad una condizione di disagio sociale. Attualmente la terapia per l'ADHD è basata, come descritto anche nelle linee guida nazionali, su un approccio multimodale che integra interventi psicoeducativi (sul bambino e sulla famiglia e consulenza agli insegnanti) con la eventuale terapia farmacologica (a partire dall'età di sei anni possono essere utilizzati psicostimolanti o alcuni farmaci non-stimolanti) (*come previsto dalle linee guida della SINPIA del 24/6/2002*).

In Italia sono attualmente disponibili i farmaci di prima scelta: metilfenidato (farmaco psicostimolante) e atomoxetina (farmaco non psicostimolante-noradrenergico).

Per garantire l'uso appropriato dei farmaci l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco ha istituito un registro nazionale "Registro Nazionale dei trattamenti farmacologici e non farmacologici per l'ADHD". Tale registro deve occuparsi del monitoraggio dell'uso delle terapie, facendo sì che la prescrizione dei farmaci avvenga solo nei centri di riferimento neuropsichiatrici infantili individuati dalla Regione per l'ADHD, e che la prescrizione avvenga solo nell'ambito di un percorso diagnostico e terapeutico ben definito.

Le terapie farmacologiche sono prescritte dal neuropsichiatra infantile inserito nei Centri di Riferimento Regionali.

I Centri di riferimento ADHD devono possedere i seguenti criteri standard:

- Strutture (Servizi Centri, Dipartimenti, Rete territoriale) di Neuropsichiatria infantile di ASL, Aziende Ospedaliere, Istituti Universitari o IRCCS;
- Presenza nella struttura del Neuropsichiatra Infantile e dello Psicologo clinico;
- Presenza nell'istituzione di appartenenza (A.O. Università, IRCCS, ASL) di Pediatra, Farmacologo clinico o Farmacista, Assistente Sociale o comunque di personale in grado di supportare la famiglia e interagire con la scuola;
- Capacità della struttura di neuropsichiatria infantile di assorbire i potenziali casi attesi

- Possibilità di collegarsi ad internet per permettere ai Neuropsichiatri Infantili o ai Pediatri l'accesso, tramite autenticazione con userid e password, ad un'area protetta del sito dell'Istituto Superiore di Sanità (ww.iss.it; ww.farmaco-iss.org), nella quale inserire i dati relativi ad ogni bambino iscritto nel registro. L'Istituto Superiore di Sanità è responsabile della qualità e veridicità dei dati presenti nel database centrale e presso i Centri di Riferimento Regionali

*Tanto premesso e nello specifico le figure di riferimento rappresentate da neuropsichiatria infantile, pediatra, psicologo clinico, assistente sociale o comunque personale in grado di supportare la famiglia e interagire con la scuola, devono garantire le prestazioni che di seguito si elencano.*

**Il PLS o il MMG in caso di sospetto diagnostico invia il paziente, con impegnativa, al centro di riferimento ADHD**

#### **I FASE : CONFERMA DIAGNOSTICA**

Figura di riferimento : Neuropsichiatria infantile+ Psicologo

1. Raccolta delle informazioni da fonti multiple (genitori insegnanti, educatori) utilizzando anche interviste semistrutturate e/o questionari standardizzati sui diversi aspetti del comportamento e del funzionamento sociale del bambino (*Child Behavior Check List; Conner's Teacher, Rating Scale- Revised e Conner's Parent Rating Scale; ADHD Rating Scale -IV; SNAP-IV; K-SADS-PL;* )
2. Approfondimento psicodiagnostico col bambino anche con l'ausilio di reattivi mentali di livello e proiettivi standardizzati, per verificare la presenza di altri disturbi associati. Valutazione delle capacità cognitive e dell'apprendimento scolastico; valutazione in maniera oggettiva delle capacità attentive, di pianificazione delle attività e di autocontrollo.
3. Esame medico e neurologico, valutando la presenza di eventuali patologie associate, eventuali diagnosi differenziali e gli effetti di eventuali altre terapie in atto.
4. Formulazione della diagnosi di ADHD secondo i criteri del DSM-IV e stesura del piano terapeutico. Nel piano terapeutico si deve tenere in considerazione che la terapia per l'ADHD si basa su un approccio multimodale che integra interventi non farmacologici con eventuali (solo se necessari) interventi farmacologici. Tra gli interventi non farmacologici, considerando sempre che ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base

all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale, vengono inclusi: interventi psicologici con i genitori e con il bambino stesso; interventi psicoterapici di sostegno, in particolare nei soggetti con manifestazioni depressive e/o ansiose, volti a favorire i processi di socializzazione in gruppi di coetanei; interventi riabilitativi ad indirizzo neuropsicologico per le abilità scolastiche; interventi neuropsicomotori per la fascia in età prescolare; interventi di supporto per gli insegnanti.

## **II FASE : INTERVENTO MULTIMODALE**

Oltre agli interventi sul bambino indicati nel piano terapeutico dal Neuropsichiatria Infantile, che saranno svolti secondo le disposizioni dell'Asl, è necessario garantire all'interno del Centro di Riferimento l'intervento psicoeducativo rivolto alle figure genitoriali e di supporto agli insegnanti.

### Figura di riferimento : Psicologo

1. Intervento psicoeducativo caratterizzato da -dieci incontri a frequenza quindicinale con i genitori dei bambini con ADHD finalizzati all'incremento delle abilità genitoriali nel gestire i problemi che quotidianamente possono insorgere nell'educazione di figli particolarmente "difficili"; allo sviluppo di competenze di gestione dei problemi, relazionalità e problem solving che possono aiutare a convivere e interagire proficuamente con un bambino ADHD. Tra gli obiettivi dell'intervento anche quelli di fornire informazioni corrette sul Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività e sui programmi di aiuto per il bambino; proporre e discutere comportamenti e modi di pensare orientati alla comprensione delle difficoltà del bambino e al cambiamento; fornire indicazioni e strategie di gestione del comportamento di bambini con ADHD.

### Figura di riferimento : Assistente sociale o personale in grado di supportare la famiglia a interagire con la scuola;

Compito delle figure di riferimento e quello di favorire la conoscenza dell'ADHD al personale scolastico, anche con la distribuzione di opuscoli specifici; di informare le insegnanti sul trattamento stabilito dal piano terapeutico del bambino; fornire uno specifico supporto all'insegnante, per individuare le migliori

modalità di intervento sul bambino e sulla classe, così come riportato nelle linee guida (9° raccomandazione): . Il personale sanitario, i genitori ed il

bambino in collaborazione con il personale scolastico devono definire obiettivi adeguati ed oggettivi dell'intervento terapeutico e pianificare, mettere in atto e verificare le strategie più opportune per raggiungere tali obiettivi. A tutt'oggi le strategie terapeutiche non farmacologiche più efficaci sono costituite dagli interventi psicoeducativi basati sul *parent training* e sulla consulenza agli insegnanti.

Figura di riferimento : Neuropsichiatria infantile

1 Prescrive l'eventuale terapia farmacologica dopo aver discusso con i genitori o tutori legali e facendo compilare loro il consenso informato. La terapia deve essere iniziata solo dopo attenta valutazione medica (anche con l'effettuazione di esami strumentali) e neuropsichiatrica, sentiti gli altri operatori sanitari e sociali (psicologo, pediatra di famiglia, assistente sociale, ecc.), tenendo in considerazione la severità dei sintomi, le capacità del bambino, dei genitori e degli operatori scolastici e la salute del bambino di gestire i problemi comportamentali, e sui risultati dei precedenti interventi terapeutici non farmacologici. Subito dopo la prescrizione farmacologica(1) il Centro di Riferimento procederà alla somministrazione del primo ciclo di terapia per la durata di un mese. Confermata l'indicazione al trattamento il Centro di Riferimento avrà la responsabilità di interagire con le AASSLL.

1)NB Per il **Metilfenidato** la valutazione della somministrabilità del farmaco, deve essere effettuata in ambiente clinico in day hospital dove viene verificata la tollerabilità della prima dose standard (che è di 0,3-0,5 mg/Kg in dose unica) da parte del bambino, che è sottoposto a monitoraggio dei parametri vitali e osservazione clinica e/o testologica. Durante questa prima somministrazione è richiesta la presenza di un infermiere. I centri di riferimento che non hanno possibilità di effettuare day hospital, potranno inviare il bambino, esclusivamente per la dose test, presso il centro di riferimento più vicino munito di day hospital

### **III FASE : FOLLOW UP ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA**

#### Figura di riferimento : Neuropsichiatria infantile

1. Controllo clinico da parte del Neuropsichiatria Infantile del Centro di Riferimento dopo una e quattro settimane di terapia farmacologica per la valutazione di efficacia e tollerabilità. Se la terapia viene mantenuta i controlli clinici saranno effettuati dopo i primi cinque mesi e, successivamente, almeno ogni sei mesi. Per il metilfenidato la prescrizione viene confermata dopo controllo clinico al primo e al quarto mese. Qualora venga deciso di mantenere la terapia saranno programmati controlli clinici e strumentali dopo i primi cinque mesi, e successivamente, almeno ogni sei mesi. Almeno una volta all'anno il trattamento farmacologico sarà interrotto per verificare la possibilità di continuare il trattamento del disturbo con la sola terapia psico- comportamentale. Tutti i controlli programmati o non programmati per eventuali problemi di specifica impegnativa del PLS o MMG

**ADHD -SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI METILFENIDATO E ATOMOXETINA**

Codice fiscale dell'assistito: \_\_\_\_\_  
 Età: \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
 ASL di appartenenza dell'assistito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Regione: \_\_\_\_\_  
 Medico Curante <sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Formulata SECONDO I CRITERI del DSM-IV in data: \_\_\_\_\_

Interventi Psicoterapeutici eseguiti (specificare):

Parent-training genitori n. incontri \_\_\_\_\_

Interventi psicoterapici di sostegno per il bambino (specificare n. sedute, tempi....)

Medico Pediatra

Psicologo Clinico

Medico specialista Neuropsichiatra Infantile  Dr./Prof. \_\_\_\_\_

codice Alfanumerico \_\_\_\_\_ del Centro di riferimento regionale

(Timbro e firma )

**Programma terapeutico**

Farmaco	Forma farmaceutica	Posologia

1. Pediatra di libera Scelta

2. Non oltre 6 mesi. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

(3) I dati identificati del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.

Ciascuna scheda dovrà essere compilata in 4 copie e inviata a cura del Centro di riferimento regionale:

1. Originale al paziente che provvederà ad informare il PLS

2. Copia agli atti del Centro di riferimento regionale

3. Copia al Centro di Coordinamento SUN

4. Copia struttura farmaceutica

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 09 Ottobre 2018 **A:****

X	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE		U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
X	DIRETTORE AMM. AZIENDALE		U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
X	COLLEGIO SINDACALE		U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE		U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO, TRASPARENZA, TUTELA, COMUNICAZIONE	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI		U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.		U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INTERNI ED ESTERNI	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE			DISTRETTO N. 56
				DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A		COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B		COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA		DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FASCE DEBOLI		DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.	X	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN		DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE		DISTRETTO N. 49	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA SUD
	U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE		DISTRETTO N. 50	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA NORD
	U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC		DISTRETTO N. 51	
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBINO		DISTRETTO N. 52	