

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 12 del 14 gennaio 2005

**Linee di indirizzo regionali alle Aziende ULSS e Ospedaliere per la riorganizzazione dei servizi e attività di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e di Psicologia dell'Età Evolutiva. Costituzione della Commissione tecnica regionale multidisciplinare per la NPIA e Psicologia dell'età evolutiva.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

La Giunta regionale

(omissis)

delibera

1. di approvare, quale documento di indirizzo alle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto l'Allegato 1 denominato "Linee di indirizzo regionali per la riorganizzazione dei servizi e attività di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e di Psicologia dell'Età Evolutiva" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, elaborato dal Gruppo di studio regionale, che definisce concrete modalità per la riorganizzazione in rete dei servizi esistenti e delle attività sanitarie e socio-assistenziali di NPIA affinché operino in forma coordinata e multidisciplinare attraverso percorsi sistematizzati e condivisi, tali da razionalizzare gli interventi ed ottimizzare i risultati;

2. di istituire la Commissione Tecnica regionale per la NPIA e Psicologia dell'età evolutiva, di cui all'Allegato 2 quale parte integrante sostanziale del presente atto, a carattere multidisciplinare, composta da professionisti esperti del settore pubblico e privato, sia territoriale che ospedaliero, presieduta dal Dirigente regionale ( o da un suo delegato) alla Direzione Piani e Programmi socio-sanitari, che costituisce supporto tecnico alla Giunta Regionale ed alle Direzioni Regionali competenti in materia di assistenza e cura alla popolazione veneta da 0 a 18 anni;

La Commissione è così costituita:

- dai Direttori delle Scuole di Specializzazione in NPIA delle Università di Padova e Verona;
- dai Responsabili delle UU.OO. Complesse di NPIA territoriali e ospedaliere del Veneto;
- dal Dirigente del Servizio Famiglia della Direzione regionale Servizi Sociali;
- da un Direttore Sanitario e da un Direttore dei Servizi Sociali individuati dal Coordinatore dei Direttori Generali del Veneto;
- da un Medico specialista in Psichiatria in rappresentanza del Collegio dei Primari e dei Clinici universitari di Psichiatria;
- da un Medico specialista in Pediatria in rappresentanza della Conferenza dei Dirigenti Medici di II° livello di Pediatria.
- da un Medico specialista in Pediatria del territorio in rappresentanza dei Medici Pediatri di L.S.;
- da due Psicologi-Psicoterapeuti individuati dalla Direzione regionale Piani e Programmi socio-sanitari
- da un Medico specialista in NPIA ambulatoriale convenzionato individuato dalla Segreteria regionale SUMAI;
- da due Medici specialisti in NPIA in rappresentanza del Coordinamento per le strutture di riabilitazione private convenzionate;

3. di incaricare il Dirigente regionale alla Direzione Piani e Programmi socio-sanitari di nominare con proprio decreto i componenti della Commissione regionale di cui al punto 2), ad avvenuta esecutività del presente atto;

4. di dare mandato alle strutture regionali competenti di monitorare l'attuazione di quanto previsto dalla presente deliberazione e di proporre eventuali integrazioni in relazione alle verificate necessità organizzative non regolate dal documento stesso.

Allegato 1 alla DGR n. 12 del 14 gennaio 2005

Linee di indirizzo regionali per la riorganizzazione dei servizi e attività di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e di Psicologia dell'Età Evolutiva.

Premesse epidemiologiche

I disturbi neurologici e psicopatologici dell'età evolutiva interessano una cospicua minoranza della popolazione che va da 0 a 18 anni d'età.

La consistenza della popolazione affetta da tali disturbi è oggetto di ripetuti studi epidemiologici, che concordano su una prevalenza intorno al 16% negli studi di comunità e intorno al 7% negli studi clinici sulla popolazione che giunge effettivamente all'osservazione specialistica.

In Italia ed anche in Veneto il tasso medio di prevalenza annuale dei soli disturbi psicopatologici è stato rilevato al 12,4%; il

Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" nel capitolo dedicato all'area organizzativa dei servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva, ha evidenziato che:

"1) 2 soggetti su 100 presentano handicap o patologie croniche per cui sono prevedibili interventi terapeutici superiori a otto anni;

2) circa 6 soggetti su 100 presentano disturbi neuropsicologici / psicopatologici con diversa comorbilità, che richiedono interventi meno intensivi in un periodo fra i due e i cinque anni;

3) circa 4 soggetti su 100 con sintomi e patologia non ancora strutturata contattano sporadicamente i servizi per l'età evolutiva o non li contattano affatto: a questa fascia di popolazione andrebbero massimamente indirizzati interventi integrati di prevenzione sociale e sanitaria."

Questa popolazione infatti ha un rischio psichiatrico in età adulta da 8 a 12 volte superiore alla media. Tra i pazienti psichiatrici in età adulta 1 su 2 ha avuto almeno uno dei problemi segnalati in età evolutiva.

Nei disturbi neuropsichiatrici e psicopatologici dell'età evolutiva la comorbilità è la regola: oltre la metà dei casi di handicap certificati hanno codifiche diagnostiche multiassiali

A conferma dei dati nazionali, l'utenza dei Servizi e\o delle équipes territoriali varia dal 4% all'8% della popolazione di riferimento, (pari a circa 50.000 minori in tutta la regione) con una prevalenza media del 21% di soggetti portatori di handicap nella casistica.

Salvaguardare la salute neuropsichica del soggetto in età evolutiva significa prevenire per quanto possibile eventi patogeni di qualunque natura (fisici e ambientali) che possano compromettere il realizzarsi di un adeguato sviluppo e conseguentemente di un'armonica strutturazione della personalità. Data la rapida e continua maturazione del SN e l'altrettanto rapido e continuo realizzarsi dello sviluppo dell'individuo, si comprende come qualsiasi evento patogeno nei primi anni di vita induca o rischi di indurre un disordine dello sviluppo. E' noto per esempio come il neonato o il bambino che presenti la compromissione di una o più funzioni rischi di diventare non solo "settorialmente" limitato, ma di vedere compromessa la propria salute neuropsichica qualora il deficit non venisse precocemente riconosciuto e il bambino non fosse adeguatamente preso in carico sul piano terapeutico e riabilitativo prima che il suddetto deficit sia divenuto "pervasivo" nei confronti dell'insieme del suo sviluppo.

E' indispensabile tenere presente che i sintomi di presentazione non sono tipici, e che la loro intensità non è sempre correlata con la gravità clinica: la diagnosi quindi richiede una valutazione complessiva della storia, dell'osservazione clinica, dei dati strumentali e del contesto ambientale: soprattutto richiede una formazione specificamente orientata ai disturbi dello sviluppo e alla integrazione delle modalità di cura, negli specialisti clinici come in tutti gli operatori socio-sanitari coinvolti.

Questa specifica modalità di lavoro accomuna tutti gli operatori dell' équipe di NPIA, ferme restando le rispettive, specifiche competenze osservative, strumentali, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.

In età evolutiva gli elementi innati e quelli acquisiti dall'interazione con l'ambiente si intrecciano e si influenzano reciprocamente: la regola è quindi curare tutto l'ambiente e non solo il soggetto che giunge all'osservazione, o peggio il solo sintomo. E' dimostrato che il riconoscimento e il trattamento precoci di una patologia o di una distorsione dello sviluppo sono più efficaci di quelli tardivi, sia in campo neuroevolutivo che psicopatologico e in questo senso riducono sia la disabilità residua che il carico assistenziale a lungo termine.

Gli interventi diagnostici debbono quindi comprendere la complessità dei disturbi e proporre risposte terapeutiche e riabilitative multidimensionali. Appare così ovvio come in età evolutiva il momento diagnostico e gli interventi preventivi e terapeutici per essere efficaci devono essere precoci e connessi tra loro in un continuum che rappresenta lo specifico delle professionalità della Neuropsichiatria Infantile in grado di garantire la presa in carico globale del bambino, non solo per la molteplicità di interventi diagnostici e assistenziali qualitativamente adeguati, ma anche per impedire l'insorgenza di eventuali fattori dirompenti di disgregazione della personalità.

Questi principi sono stati recepiti dalla Regione Veneto con la definizione dei LEA (DGR n. 492 dell'8.3.2002 - Entrata in vigore del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" - Prime disposizioni applicative - e successivamente con DGR n. 2227 del 9.8.2002 - DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" - Disposizioni applicative. Secondo provvedimento - che prevedono la stretta associazione fra interventi di prevenzione e di cura, sia diagnostici che riabilitativi e psicoterapeutici rivolti ai pazienti e ai familiari, che prevedono come ulteriore livello regionale la necessità di interventi non solo ambulatoriali ma anche a tempo lungo, non limitati alla sola disabilità cronica ma estesi a tutta la fascia della patologia neuropsichiatrica.

La specificità e la complessità della valutazione e degli interventi clinici e riabilitativi di NPIA era già stata specificamente recepita e promossa dalla Regione Veneto, per quanto riguarda l'organizzazione delle attività riabilitative, con DGR n. 253/2000 - Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari - che recita: "Il fulcro dell'area dipartimentale transmurale è costituito:... per l'età evolutiva da una funzione specialistica complessa multidisciplinare e multiprofessionale, coordinata da uno specialista NPI, di norma assicurata dal servizio di NPI".

Il versante neuroevolutivo e quello psicopatologico sono altamente interconnessi, specialmente nella prima infanzia e il presupposto fondamentale di una precoce diagnosi corretta è che questa sia il più possibile prossima al momento

dell'insorgenza o della prima rilevazione o ancora della segnalazione dell'evento patogeno o di un qualsiasi segnale di rischio. Nel periodo prenatale e nei primissimi anni di vita i "luoghi" di naturale afferenza dei soggetti a elevato rischio di patologia dello sviluppo di documentata o sospetta origine neurologica e/o psicopatologica sono le Neonatologie e le Pediatrie, che rappresentano anche il naturale punto di afferenza dei soggetti in età evolutiva con patologia neuropsichiatrica e psicopatologica acuta, tenuto conto anche della molteplicità degli accertamenti diagnostici necessari.

Principali disturbi neuropsichiatrici e psicopatologici dell'età evolutiva.

I nati da gravidanze a rischio e i prematuri gravi (

Molte disarmonie di sviluppo "minori" ad esordio precoce e apparentemente discontinue (disturbi transitori della coordinazione motoria, della produzione linguistica, disturbi aspecifici di apprendimento) tendono a recidivare negli anni con un andamento ciclico e polimorfo che nel 33% dei casi prelude ad un disturbo della condotta o ad altre manifestazioni psicopatologiche del giovane adulto. La loro diagnosi precoce dipende quindi dal corretto e sollecito invio da parte del Pediatra a uno specialista esperto dello sviluppo e non dei sintomi focali, di per sé specifici dell'età e non della patologia.

Le Paralisi Cerebrali Infantili (Un caso ogni 400 nuovi nati, circa 2000 soggetti in Veneto) abbisognano di diagnosi precoce e di trattamento multispecialistico da parte di un gruppo di lavoro integrato, avendo una incidenza di comorbilità neurologica, neuropsicologica, sensoriale, intellettiva o psicopatologica superiore al 50%. Per tutta la fase di rapida organizzazione delle funzioni, nei primi tre-sei anni di vita, la valutazione e il trattamento richiedono interventi abilitativi e riabilitativi plurisettimanali da parte dei terapisti e dell'équipe diagnostica multiprofessionale.

Le epilessie della prima e seconda infanzia colpiscono lo 0,6-0,8 della popolazione in età evolutiva e sono gravate da un'elevata comorbilità sia sull'asse psicopatologico che su quello dei disturbi specifici di sviluppo. La qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari, nonché la prognosi a distanza, dipendono dalla precocità e dalla qualità dell'impostazione terapeutica corretta. La presa in carico di questi pazienti è necessariamente multidimensionale e richiede una strettissima integrazione degli interventi ospedalieri e territoriali per gli aspetti clinici, diagnostico-strumentali e di follow up terapeutico.

Un ritardo di comparsa del linguaggio espressivo (circa 3% dei soggetti >3 a.), che si associa a disturbi della relazione, del comportamento, dei prerequisiti per l'apprendimento scolastico in una percentuale di oltre il 50% dei casi, può derivare da una lenta maturazione, da una patologia neurologica non precedentemente rilevata, da un disturbo intellettivo, da una distorsione relazionale o da un disturbo evolutivo specifico. E' quindi cruciale una sollecita diagnosi differenziale, per evitare i guasti di un ritardato riconoscimento, di una riabilitazione indebitamente settoriale o di una confusione tra forme evolutive e disturbi pervasivi dello sviluppo. Il doppio rischio di misconoscimento dei quadri gravi e di diagnosi impropria in situazioni reversibili è comunque costosissimo in termini di peggioramento prognostico e di impegno di risorse.

I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (3 per mille della popolazione, 2400 soggetti in Regione) sono riconoscibili entro i 36 mesi purché afferiscano a un gruppo di lavoro competente e dotato delle necessarie competenze diagnostiche. Il trattamento precoce consente di ridurre significativamente la gravità e l'impatto assistenziale a lungo termine, e in ogni caso di ridurre la sofferenza e il disorientamento della famiglia intera. Quasi il 100% dei soggetti presenta disturbi cognitivi o neurologici associati, e il percorso diagnostico valutativo iniziale richiede un minimo di 6\8 ore di indagine multifocale.

L'Insufficienza Mentale lieve e la marginalità intellettiva (per definizione il 3% della popolazione) si evidenziano spesso in forma facilmente misconosciuta, come un "generico" disturbo dello sviluppo che si articola gradualmente in disturbi dell'adattamento, del comportamento e della relazione, variamente associati allo scacco cognitivo. E' superfluo sottolineare che i casi conclamati di I.M. sono associati per il 50% a problemi neurologici di varia natura, cui associano un elevato rischio psicopatologico (pure intorno al 50%).

Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività: la diagnosi differenziale con disturbi del linguaggio e\o dell'apprendimento, disturbi opposizionali, disturbi della condotta, ansia e depressione è molto delicata, considerando che gli stessi fattori possono associarsi a, confondere con, o simulare un DDAI. Sia il misconoscimento dei casi affetti che la falsa diagnosi producono gravi conseguenze evolutive, e quindi la valutazione iniziale richiede una competenza clinica specialistica molto sofisticata fin dal primo approccio nel servizio aziendale di NPIA, non potendo riservare a pochi centri superspecialistici il corretto inquadramento clinico di centinaia di pazienti.

Il Disturbo Specifico di Apprendimento (3% della popolazione scolastica), anche senza significative compromissioni organiche, presenta nel 50% una diagnosi psicopatologica associata che deve essere considerata nel progetto terapeutico e riabilitativo. Il trattamento riabilitativo precoce è quello efficace e la diagnosi differenziale accurata fra i disturbi specifici e non specifici dell'apprendimento è fondamentale, tenuto conto che il trattamento intensivo di un solo caso di DSA satura il 7-8% del tempo di lavoro di un terapeuta della riabilitazione per sei mesi.

Su organizzazioni borderline dell'età di latenza si innestano sempre più spesso disturbi psichiatrici gravi e/o a esordio acuto della preadolescenza e adolescenza che, per essere riconosciuti e presi in carico prima di organizzarsi in strutture e condotte stabilmente devianti, richiedono una specifica competenza specialistica. Qualora il medico curante, la famiglia o i servizi di

primo livello possano fare riferimento al Servizio specialistico competente, ognuna di queste situazioni se opportunamente trattate prima dell'esplosione florida del problema in età successive, può evitare costosi ricoveri di emergenza .

I ricoveri di soggetti fra i 14 e i 17 anni con DRG psichiatrico interessano lo 0.15% della popolazione di riferimento (0.3% considerando il ricorso al Day Hospital). Il problema dell' appropriatezza clinica ed organizzativa del luogo di ricovero e delle modalità di dimissione rappresenta una delle priorità essenziali.

Una quota significativa di disturbi acuti della condotta che giungono all'osservazione di un pronto soccorso ospedaliero è spesso legata a forme di stress psicosociale piuttosto che a psicopatologie strutturate. Per evitare errori di medicalizzazione impropria dell'emergenza psicosociale appare dunque necessaria una rete integrata tra Servizi e attività dedicati sia ospedalieri che distrettuali (semi-residenziali e residenziali) adeguati per la presa in carico globale dell'unità di cura paziente-famiglia.

I disturbi comportamentali nell'infanzia e nell'adolescenza coinvolgono una grande percentuale della popolazione infantile e adolescenziale.

E' sempre più rilevante l'esigenza di prevenire e farsi carico di problematiche di particolare rilievo sociale e sanitario affrontando disturbi che determinano comportamenti e condotte ad alto rischio come incidenti stradali (prima causa di morte tra i 14-24 anni, con 1267 morti e 75608 feriti gravi \_ ISTAT 2000), tentativi di suicidio (60% negli ultimi vent'anni), disturbi del comportamento alimentare (DCA) e disturbi emozionali in cui è determinante l'integrazione clinica, organizzativa e gestionale delle funzioni specialistiche presenti sia a livello ospedaliero che territoriale.

Percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

La diagnosi e il trattamento dei disturbi neurologici e psicopatologici dell'età evolutiva rappresentano attività complesse, che debbono essere affrontate dall' U.O. multidisciplinare di NPIA in grado di sviluppare attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e psicologico nella fascia di età da 0 a 18 anni. Le risorse necessarie sono costituite da un gruppo di lavoro specialistico e multidisciplinare per la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia, che operi in stretta integrazione funzionale con le strutture ospedaliere e territoriali.

I casi in cui il Neonatologo, il Pediatra ospedaliero o il PLS di riferimento della famiglia rilevino elementi di disarmonia di sviluppo, o sospettino un problema clinico all'esordio, dovranno essere indirizzati alle UU.OO. di NPIA ospedaliere o territoriali competenti, ove esistenti, per l' indispensabile valutazione diagnostica multidisciplinare e la messa a punto del piano di trattamento.

Quest'ultimo sarà gestito dalla stessa équipe responsabile dell'osservazione diagnostica o, se erogato da una struttura di riabilitazione esterna al servizio, dovrà essere coordinato e supervisionato dalla U.O. di Neuropsichiatria infantile o dalle attività multidisciplinari di NPIA, comunque presenti nelle Aziende Sanitarie di residenza dei pazienti, in articolazione funzionale con le attività di riabilitazione ovunque incardinate.

I percorsi di presa in carico delle patologie sopra elencate dipendono non solo dalla tipologia del disturbo (aspetto categoriale), ma anche dalla sua gravità (aspetto dimensionale; fra i casi giunti all'osservazione delle U.O. di Neonatologia, di Pediatria, del PLS o del MMG, possiamo distinguere:

- casi "semplici", in cui l'intervento è limitato a una consulenza di NPIA e/o a un trattamento breve (psicoterapeutico, riabilitativo, farmacologico ...), che si conclude mediamente in 5-10 prestazioni, cui seguiranno la dimissione e la restituzione al PLS od al MMG di riferimento.

- casi "complessi" (riferibili a 4000 / 7000 minori con disabilità neurologica e/o psichiatrica grave, con bisogni multipli ), in particolare riferiti a soggetti che abbisognano di riabilitazione e in cui i disturbi perdureranno per tutta la vita: formulata la diagnosi, il percorso di presa in carico comporta la valutazione multidisciplinare da parte dell'équipe di NPIA, la prescrizione e l'attuazione di cicli di trattamento terapeutico e riabilitativo ambulatoriale che possono prolungarsi per anni, con le necessarie verifiche periodiche da parte della stessa équipe multiprofessionale .

La riabilitazione del bambino, spesso affidata a Servizi di recupero e riabilitazione funzionale non specifici per l'età evolutiva, con la sola consulenza a richiesta da parte della NPIA dovrà essere preferibilmente effettuata da personale esperto e specificatamente formato, appartenente a U.O. di NPIA e/o alle strutture private convenzionate dedicate.

Nelle situazioni più gravi in cui spesso la dimissione dal trattamento non è possibile e la presa in carico può continuare fino al compimento del 18° anno di età, le prestazioni ambulatoriali si integreranno con altri interventi terapeutico/riabilitativi da svolgersi presso le strutture di rete semi-residenziali o residenziali, pubbliche o private convenzionate ove esistenti, previo parere dell'Unità di Valutazione Multidimensionale. Per questi soggetti possono rendersi inoltre necessari la valutazione dell'autonomia personale (LR 46/1980), l'inserimento in strutture semi-residenziali ed il riconoscimento dell'Invalidità Civile.

Richiedono inoltre attenzione specifica attività clinico-assistenziali e di consulenza alla scuola sia in base alla L. 104/92 (9.691 alunni nell'as 2002/2003, 1,86% della popolazione scolastica) sia in riferimento a comportamenti problematici collettivi. Il percorso assistenziale di questi soggetti è regolato da protocolli d'intesa provinciali fra l'Amministrazione scolastica e le Aziende ULSS.

Il bambino è inviato al Servizio di NPIA competente per territorio dagli insegnanti, dal Pediatra di L.S. o dal MMG, con il consenso e il coinvolgimento della famiglia.

L'accesso al Servizio richiede la relazione/segnalazione della Scuola, ma non sempre richiede l'impegnativa del Medico curante.

La valutazione clinica del bambino viene effettuata in equipe dal medico specialista NPIA, dallo psicologo e dal terapeuta della riabilitazione ove indicato dal caso in esame.

La diagnosi può essere o nel rilascio di certificazione di handicap ai sensi della L. 104/92 od, in mancanza di quest'ultima, in una relazione di restituzione alla famiglia e alla Scuola.

In presenza di certificazione di handicap invece seguiranno periodici incontri di consulenza e aggiornamento con gli insegnanti e la famiglia.

Il tempo medio di presa in carico per ogni paziente certificato in situazione di handicap è di circa 13 ore/anno.

Le consulenze richieste dal Tribunale riguardanti il coinvolgimento dei minori, costituiscono altresì una quota variabile e sempre crescente del carico di lavoro dell'U.O. di NPIA, in base agli accordi fra Comune e Azienda ULSS di riferimento.

Per quanto concerne le urgenze ed i trattamenti psichiatrici dei soggetti preadolescenti e adolescenti con patologia psichiatrica acuta, appare necessario prevedere la possibilità di ricovero in strutture adeguate e specifiche di NPIA od in strutture residenziali private convenzionate sul territorio, poiché gli stessi spesso non appaiono ricoverabili né in Pediatria, né appare opportuno l'utilizzo dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura per adulti.

I disturbi e le problematiche più frequenti nella preadolescenza e adolescenza dovranno essere pertanto affrontati con un approccio complesso e multidisciplinare, per procedure e metodologia, considerato il sempre più evidente incremento dell'incidenza di comportamenti a rischio e di patologie a rilevanza sociale e sanitaria, riferibili prioritariamente a incidenti stradali, tentativi di suicidio, disturbi del comportamento alimentare, disturbi emozionali.

Allegato 2 alla DGR n. 12 del 14 gennaio 2005

Funzioni della Commissione Tecnica regionale per la NPIA e Psicologia dell'età evolutiva

1. Predisposizione di un sistema omogeneo di indicatori per il controllo, il monitoraggio e la verifica di qualità degli interventi erogati in termini di efficienza (utilizzo delle risorse), appropriatezza clinica e organizzativa (erogazione delle prestazioni), efficacia (outcome di salute aggiunta);
2. Funzione di coordinamento e indirizzo, a livello regionale, delle attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative dedicate alla popolazione veneta 0-18 anni;
3. Studio di particolari protocolli di terapia integrata (linee-guida diagnostico-terapeutiche condivise), specifici per le diverse patologie, da adottare a livello regionale da parte degli operatori socio-sanitari;
4. Attuazione di attività coordinate con i Servizi ospedalieri e territoriali sulla base di una programmazione condivisa;
5. Funzioni di coordinamento e integrazione a livello regionale delle attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative per le aree disciplinari contigue, in particolare per Pediatria e Psichiatria dell'adulto.
6. Organizzazione di protocolli di ricerca di rilevanza territoriale regionale (per es. riguardanti l'organizzazione dei Servizi e attività di NPIA sul territorio);
7. Funzioni di raccordo con organismi nazionali ed internazionali per questioni riguardanti le specifiche problematiche cliniche;
8. Azioni per l'integrazione funzionale e organizzativa fra i vari servizi e sedi di attività di NPIA e Psicologia dell'età evolutiva presenti sul territorio regionale;
9. Funzione di riferimento per l'elaborazione di progetti di formazione continua, di base e specialistica per gli operatori del settore, anche in collaborazione con le Società Scientifiche e le Università venete.
10. Attività di raccolta ed analisi di dati clinici ed epidemiologici utili per costituire una banca dati regionale.