

"Programma regionale PSICOPATOLOGIA 14-25, integrazioni con il programma Esordi"

Dott. Stefano Costa
NPI, Coordinatore Programma Psicopatologia 14-25
Regione E.R.

PROGETTO
14-25



12.4. Aspetti organizzativi connessi alla formazione

Competenze relazionali richieste ai professionisti

La valutazione/consultazione viene sempre mediata dalla relazione interpersonale (Fuga, 2021), che di fatto può costituire un processo ad alto *valore trasformativo*; pertanto, dovrà essere condotta da professionisti formati ed esperti nella gestione di soggetti adolescenti o giovani adulti, all'esordio psicotico o ad alto rischio.

In particolare, l'approccio relazionale da perseguire è sintetizzabile nei seguenti principi generali:

- Accettazione dei vissuti e della narrazione del paziente e del suo contesto familiare senza pregiudizi o critiche giudicanti.
- Valorizzazione del racconto personale del paziente e dei suoi familiari quali esperti per esperienza vissuta della malattia, attribuendo valore e legittimità ai racconti personali.
- Autostima: finalizzare la valutazione al mantenimento dell'autostima della persona, valorizzando i punti di forza personali e del contesto sociale di riferimento; aiutare la persona a evitare atteggiamenti di autostigmatizzazione al fine di favorire una recovery più ampia possibile.
- Normalizzazione: fornire al paziente e ai familiari una comprensione dei sintomi e vissuti correlati alla psicosi il più possibile "normalizzanti", descrivendoli in una prospettiva dimensionale rispetto alla normalità e favorendo la condivisione di modelli normalizzanti nel contesto di vita della persona.
- Comunicazione: migliorare la comunicazione tra il paziente e i suoi familiari, favorendo la capacità di ascolto reciproco; tale intervento consiste nell'aiutare le persone che affrontano un esordio psicotico a trovare parole per esprimere il disagio che altrimenti potrebbe manifestarsi nei sintomi.
- Empatia: entrare in sintonia emotiva con i contenuti che la persona e i familiari riferiscono e manifestare sincera condivisione e interesse per la loro sofferenza.
- Speranza: offrire speranza e ottimismo rispetto alla malattia, al percorso di cura e agli esiti.

LINEE DI INDIRIZZO

per la promozione della salute
e del benessere nelle persone
alla prima manifestazione psicotica
o ad alto rischio di psicosi



Quali
connessioni fra
programma 14-
25 e Programma
prima
manifestazione
psicotica ?

I PUNTI DA TRATTARE

1. COSA DICONO LE LINEE INDIRIZZO 2017
(VALUTAZIONE – PSICOSI)
2. QUALI SONO I NUMERI
3. COLLEGAMENTI 14-25:
 - RITIRO,
 - DGP,
 - TRANSIZIONE,
 - DIPOSITIVI INNOVATIVI,
 - USO SOSTANZE



1 . COSA DICONO LE LINEE INDIRIZZO 2017



(VALUTAZIONE
TRATTAMENTO DELLE PSICOSI)

LA VALUTAZIONE, fase 1

1 - Fase di valutazione iniziale di screening

Questa fase iniziale di valutazione richiede più tempo e necessita di particolare cura nell'esecuzione, poiché è essenziale per definire se la psicopatologia e le caratteristiche bio-psico-sociali dell'utente necessitano di un intervento terapeutico e, qualora sia necessario, spiegare la terapia e motivarlo al trattamento.

La finalità di questa valutazione è quella di individuare il più precocemente possibile soggetti con disagio/sofferenza psichica che potenzialmente possano trarre beneficio da interventi terapeutici; farmacologici, psicosociali, familiari.

Inoltre questa fase avrà **come obiettivo prioritario la costruzione di una solida alleanza che implica una buona comunicazione tra le persone coinvolte nella gestione dell'esordio e loro motivazione al trattamento terapeutico; questa finalità è prioritaria rispetto alla valutazione stessa, pertanto sarà utile, se necessario, adattare il setting e i contenuti della valutazione a questa finalità**

LA VALUTAZIONE, fase 2

2 - Fase di valutazione finalizzata alla definizione e condivisione di un percorso di cura personalizzato

Questa fase di valutazione ha lo scopo di definire:

- Il quadro psicopatologico e le caratteristiche bio-psico-sociali dell'utente (e della sua famiglia o del suo contesto di vita);
- **Condividere l'intervento terapeutico con l'utente, spiegarne i contenuti e motivarlo al trattamento stimolandone la partecipazione attiva.**

La scelta delle valutazioni da effettuare deve coprire l'intera gamma di sintomi e di variabili bio-psicosociali che gli adolescenti possono presentare. Alcune di queste valutazioni potranno essere ripetute nel corso e alla fine della terapia

ELEMENTI DEL TRATTAMENTO

- **identificare gli stati mentali a rischio o a “rischio ultra elevato”**, che spesso precedono l’insorgere dei disturbi psicotici e sono caratterizzati da comportamenti di ricerca di aiuto e dalla presenza di attenuati (subclinici) sintomi psicotici positivi, brevi e limitati sintomi psicotici intermittenti o una combinazione di indicatori di rischio genetico, come la presenza di un disturbo schizotipico con recente deterioramento funzionale

Tabella 1. Criteri per lo stato di Ultra High Risk (Mcglashan 2010).

Criterio 1	Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi psicotici attenuati (Attenuated Psychotic Symptom — APS) manifestati più volte nel corso dell'ultimo mese, per un periodo di almeno una settimana: — Idee di riferimento — Idee insolite o pensieri magici — Idee di grandiosità — Idee paranoide / Sospettosità — Esperienze percettive insolite — Pensieri ed eloquio strani — Insorgenza dei sintomi negli ultimi 12 mesi oppure significativo aumento della del sintomo (soprattutto rilevanza comportamentale più importante, minore critica rispetto al vissuto psicotico attenuato) nello stesso periodo.
Criterio 2	Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi psicotici brevi, limitati e intermittenti (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms — BLIPS), quali allucinazioni, deliri, disturbo formale del pensiero, con insorgenza negli ultimi 3 mesi e tale da manifestarsi per almeno qualche minuto al giorno, almeno un giorno al mese, ma meno di un'ora per quattro giorni a settimana in un mese i sintomi hanno una remissione spontanea
Criterio 3	Presenza di fattori di rischio (come ad esempio, avere consanguinei di primo grado con diagnosi di psicosi non organica, presenza nel paziente di un disturbo di personalità schizotipico) e riduzione significativa del funzionamento psico-sociale con diminuzione del punteggio alla Global Assessment of Functioning (GAF) di almeno il 30% negli ultimi 12 mesi

Uso di cannabis

considerare che l'uso di cannabis in adolescenza si è rivelato avere una forte associazione con l'inizio della psicosi e della schizofrenia durante la vita adulta (Arseneault et al., 2002). Non è direttamente implicata nell'esordio infantile o adolescenziale della schizofrenia, possibilmente a causa della bassa prevalenza del consumo di cannabis e della breve durata dell'esposizione e dell'esordio psicotico. Tuttavia, l'uso di cannabis è associato ad un precoce esordio della schizofrenia negli adulti (Arend et al., 2005). Il pensiero corrente suggerisce che la cannabis possa incrementare il rischio di schizofrenia in soggetti vulnerabili durante il periodo critico di sviluppo cerebrale adolescenziale.

Cause organiche

considerare che le psicosi durante l'infanzia e l'adolescenza possono essere il risultato di cause neuropsichiatriche come l'encefalite, l'epilessia dei lobi temporali ...

anomalie nelle dimensioni di alcune aree cerebrali, quali: ippocampo, ipofisi, corteccia temporale mediale e laterale destra, frontale inferiore destra, cingolata anteriore e posteriore bilateralmente paiono essere **importanti fattori di rischio**

La disregolazione

considerare che la disregolazione affettiva ha dimostrato di essere altamente in comorbidità con le psicosi e rappresenta una forte caratteristica nel suo primo sviluppo; la presenza di una disfunzione affettiva in adolescenza, in particolare depressione e ansia sociale, ha dimostrato di essere un fattore predittivo della transizione da esperienza psicotica a disturbo psicotico (Van Os e Kapur, 2009).

management

quando si lavora con quadri di psicosi acuta o schizofrenia in età evolutiva occorre promuovere l'autonomia, promuovere la **partecipazione attiva alle decisioni di trattamento**, e **sostenere l'autogestione** e l'accesso al supporto tra pari negli adolescenti e nei giovani, promuovere maturità emotiva e capacità cognitive. Per gli adolescenti e i giovani con primo episodio psicotico che non possono frequentare la scuola o l'università tradizionale, occorre facilitare l'ingresso in ambiti formativi in linea con la loro capacità di interagire e in base alle loro esigenze individuali, con un obiettivo finale di tornare alla piena integrazione

Obiettivi del trt prima fase

Gli obiettivi del trattamento della prima fase di un episodio psicotico

offerto dai Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta sono:

- a. fornire una relazione terapeutica di sostegno
- b. trasmettere fiducia ai pazienti e alle famiglie
- c. introdurre l'idea di disturbo (informazioni di base - aiutare i pazienti ad accettare farmaco
- d. richiedere il coinvolgimento della famiglia e fornire loro supporto
- e. evitare al paziente di danneggiare lui/lei stessa o altri
- f. ridurre la sintomatologia psicotica e sintomi associati
- g. gestire il comportamento bizzarro
- h. tentare di ripristinare il livello funzionale precedente

Tabella 14.2. Schema delle sedute di "famiglia e amici".

Modulo 1	Che cos'è la psicosi? Questo modulo copre il modello stress-vulnerabilità, la natura, i segni e i sintomi (positivi, negativi, affettivi) delle psicosi.
Modulo 2	Farmaci. Questo modulo illustra i vari tipi di neurolettici, stabilizzatori dell'umore, antidepressivi, benzodiazepine e farmaci usati per gli effetti collaterali, con informazioni sugli effetti voluti e indesiderati.
Modulo 3	Guarigione. Questo modulo introduce il modello sulle fasi della psicosi, attraverso una discussione che riguarda i cambiamenti che i familiari possono aver notato durante ciascuna fase. È prestata particolare attenzione ai miglioramenti e alle sfide con cui si confrontano i familiari durante la fase di guarigione. Viene definita la guarigione e sono descritti gli aspetti psicologici e gli stadi della guarigione. Vengono fornite informazioni su come la famiglia può meglio assistere il processo di guarigione del paziente.
Modulo 4	Il futuro. Questo modulo esplora preoccupazioni e aspettative per il futuro, informando i partecipanti sulle ulteriori risorse disponibili per informazione e sostegno. Alle famiglie vengono date indicazioni su come mantenere la guarigione, come accorgersi delle ricadute e come affrontarle, sui servizi disponibili in caso di ricaduta.

Tabella 14.3. Principi generali per lavorare con le famiglie con un membro affetto da psicosi iniziale.

-
- Comprendere la fase della malattia del paziente e la conseguente necessità di un intervento familiare flessibile e adattabile alle circostanze
 - Riconoscere che le famiglie sperimentano un'ampia gamma di sentimenti differenti, preoccupazioni e dubbi
 - Riconoscere che le famiglie hanno bisogno del tempo e dell'opportunità di occuparsi sia della crisi sia degli eventi stressanti conseguenti
 - Riconoscere che le spiegazioni che le famiglie si danno per ciò che è accaduto loro, vanno ascoltate e capite
 - Riconoscere che i familiari hanno bisogno di un quadro di riferimento per capire
 - Riconoscere che anche le famiglie hanno bisogno di tempo per la guarigione e che possono attraversare stadi particolari.
 - Riconoscere che il lavoro con la famiglia può cambiare nel corso del tempo, spaziando da una funzione di mantenimento alla gestione di aspetti più duraturi o emergenti
 - Riconoscere che il lavoro con la famiglia è un intervento di prevenzione, finalizzato ad affrontare i livelli di angoscia, peso emotivo, adattamento, funzionamento sociale e salute generale per tutti i membri della famiglia.
-

Piano di cura

Per il trattamento di un primo episodio di psicosi i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta: devono sviluppare un piano di intervento assieme ai genitori o tutori in collaborazione con l'adolescente e il giovane, e comprendere attività che promuovono la salute fisica e l'inclusione sociale, in particolare l'istruzione, ma anche l'occupazione, il volontariato e altre occupazioni, come attività di svago. L'intervento con la famiglia deve essere condiviso con l'adolescente o il giovane con psicosi o schizofrenia

Obiettivi fase recupero

Gli obiettivi del trattamento della fase di recupero di un episodio psicotico offerto dai Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta sono:

- a. raggiungere gli obiettivi realistici di studio o di lavoro
- b. Sviluppare relazioni sociali ed affettive normali

I NUMERI DEL FENOMENO



I dati 2010-2015

**Percorsi di cura
di salute mentale
per gli adolescenti
e i giovani adulti**

RACCOMANDAZIONI REGIONALI

Tabella 10

Diagnosi formulata per raggruppamento (2015, v.a.)

Aree diagnostiche	NPIA	SerT	SMA	Totale
ADHD - Dist condotta	1.004	7	196	1.207
Disturbi alimentazione	270	2	481	753
Disturbi ansia	1.012	5	1.665	2.682
Disturbi di personalita	212	82	809	1.103
Disturbi umore	351	15	737	1.103
Schizofrenia e dist psicotici	90	16	836	942
Totale raggruppamenti	4.748	137	3.056	7.941

Grafico 11

Raggruppamenti diagnostici per Servizio (2015, %) (SerT fuori scala)

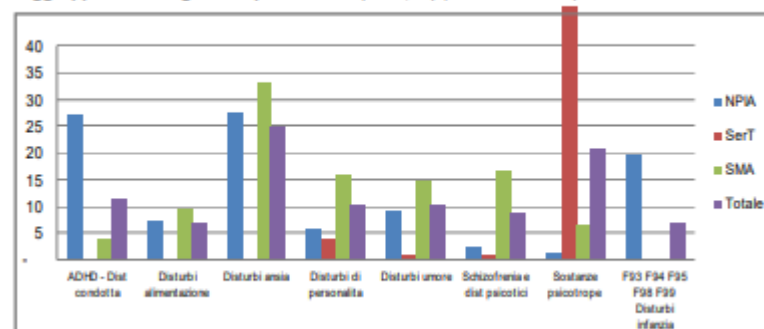


Tabella 15

Analisi sulla diagnosi principale dei ricoveri. Valori assoluti

Raggruppamenti diagnostici	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Schizofrenia e disturbi psicotici	315	285	327	307	373	379

Serie anni 2010-2021 in NPIA

[illegible]

COSA DICONO I DATI ?



Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis

Sheri Madigan, Daphne J Korczak, Tracy Vaillancourt, Nicole Racine, Will G Hopkins, Paolo Pador, Jackson M A Hewitt, Batool AlMousawi, Sheila McDonald, Ross D Neville

Lancet Psychiatry 2023;
10: 342-51
Published Online
March 8, 2023

Summary

Background There is a lack of consensus about the effect of the COVID-19 pandemic on the mental health of children and adolescents. We aimed to compare rates of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation during the pandemic with those before the pandemic.

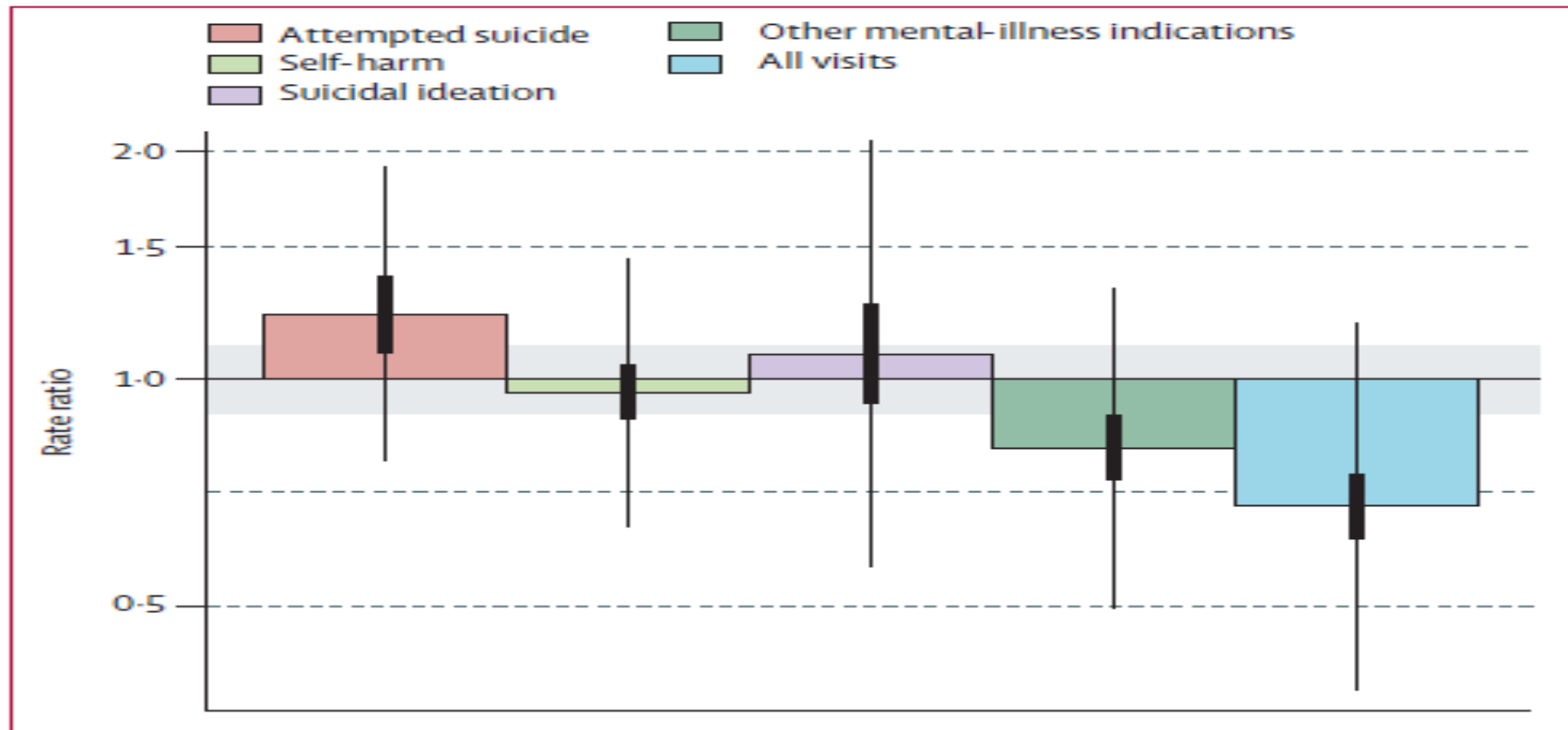
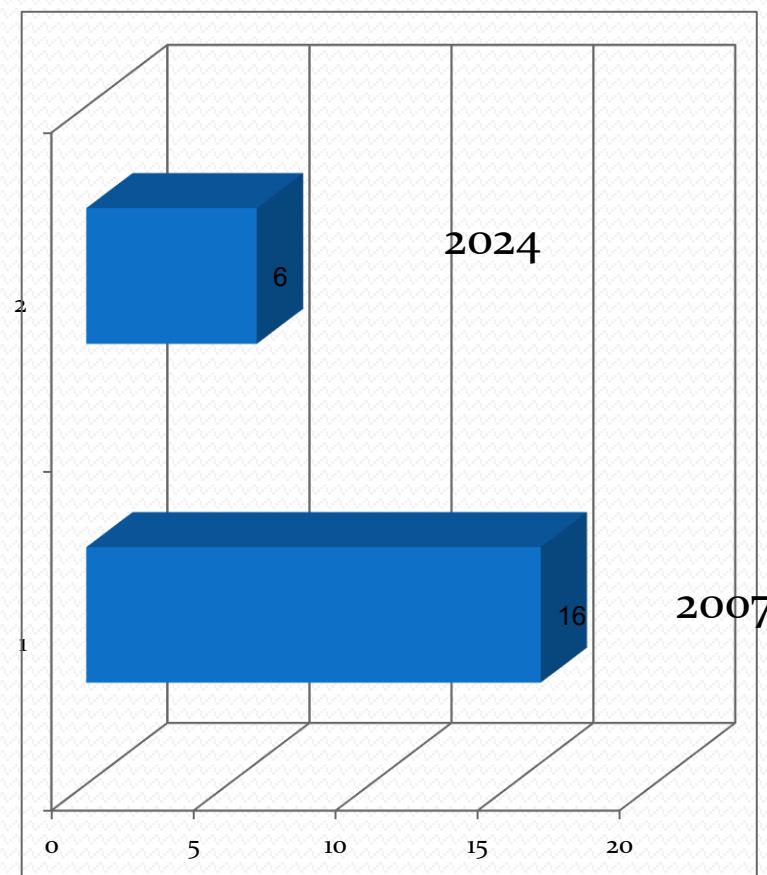


Figure 3: Meta-analysed mean changes in child and adolescent emergency department visits expressed as ratios of rates during the COVID-19 pandemic to those before the pandemic

Ratios are plotted on a log axis. Grey area represents slight changes (rate ratio 0.90 to <1.11). Horizontal dashed lines indicate thresholds for reductions (moderate reduction 0.50 to <0.70; large reduction <0.50) and increases (moderate increase 1.43 to <2.00; large increase ≥ 2.00). Thick error bars represent 90% CIs for means and thin error bars represent 90% CIs for individual settings.

DATI AUSL BOLOGNA NPIA TERRITORIALE E UOSD PPEE

- **2024**
- DIAGNOSI ICD-10 F23: **6**
- (3 TERR E 3 PPEE)
- **2007**
- TERR: Schizofrenia o sindrome delirante: **11**,
- di questi 5 con sindrome acuta transitoria
- PPEE: Pazienti con nuova diagnosi di episodio schizofrenico acuto (cod ICD-IX 295.4): **5**



PROGETTO 14-25

COLLEGAMENTI 14-25:

- RITIRO,
- DGP,
- TRANSIZIONE,
- DISPOSITIVI INNOVATIVI,
- USO SOSTANZE



RITIRO



Ritiro sociale e rischio di psicosi in età evolutiva

1. Il ritiro sociale in età evolutiva è stato studiato come possibile marker precoce di vulnerabilità per disturbi psicotici. Si riferisce a una tendenza stabile all'isolamento, evitamento dei pari o riduzione dell'interazione sociale non spiegata da circostanze esterne. Gli studi longitudinali suggeriscono un nesso tra isolamento precoce e successiva comparsa di esperienze psicotiche o sintomi subclinici.
2. Evidenze longitudinali chiave • Meta analisi (van Os et al., 2013): ritiro sociale 9-14 anni significativamente più elevato nei bambini a rischio di schizofrenia ($SMD \approx 0.7-1.0$). • Studi di coorte (El Bouhaddani et al., 2018): status sociale basso/isolamento predicono esperienze psicotiche persistenti in adolescenza. • Studi su gemelli (Thompson et al., 2024): 80-90% della covarianza isolamento-esperienze psicotiche spiegata da fattori genetici. • Coorti britanniche (ALSPAC): isolamento 7-10 anni → rischio maggiore di esperienze psicotiche a 25-37 anni ($OR \approx 11.5$). • Campioni clinici UHR (Pelizza et al., 2021): il ritiro sociale predice peggioramento funzionale, ma non sempre la transizione a psicosi.
3. Meccanismi proposti • Il ritiro sociale può riflettere vulnerabilità neurocognitive (funzioni esecutive, teoria della mente). • Mediazione di variabili psicosociali: solitudine, stress interpersonale, ansia sociale. • Evidenze genetiche e ambientali non condivise suggeriscono un'origine multifattoriale. • Alcuni studi indicano bidirezionalità: esperienze psicotiche possono aumentare la solitudine (Endo et al., 2021).

Linee Indirizzo **RITIRO SOCIALE** 2022

Solo un approccio multidisciplinare può rivelare gli aspetti psicologici, sociali, educativi, sanitari di un fenomeno molto complesso. Oggi grazie a queste Linee guida disponiamo di uno strumento che ci permette di individuare gli interventi da attuare tempestivamente, dal momento in cui l'insegnante segnala un numero di assenze sospette, fino a quando il ragazzo o la ragazza, se necessario, vengono presi in carico dai servizi sanitari, attraverso una serie di passaggi che coinvolgono la scuola, i servizi educativi, i servizi sociali, le famiglie. Il ritiro sociale può essere prevenuto e contrastato tanto più efficacemente quando più precoce è l'intervento.





Indice

INDICAZIONI OPERATIVE	pag. 4
INTRODUZIONE	
Analisi di contesto definizione ed evoluzione del fenomeno	pag. 6
• L'insorgenza e le prime manifestazioni	pag. 6
• Tra reale e virtuale	pag. 7
• Ritiro sociale Primario e Secondario/Tre stadi del Ritiro sociale	pag. 8
• Dati disponibili	pag. 9
• Principali riferimenti normativi	pag. 9
• Principi di prevenzione universale, selettiva e indicata	pag. 12
1. PROMOZIONE DEL BENESSERE A SCUOLA: azioni di prevenzione universale	pag. 12
1.1 Lo spazio d'ascolto	pag. 14
2. PREVENZIONE DEL MALESSERE: azioni di prevenzione selettiva	pag. 14
2.1 Azioni di sistema	pag. 14
2.2 Primi segnali di ritiro sociale e sistemi di rilevazione	pag. 15
2.3 Segnali nel contesto scolastico	pag. 15
2.4 Segnali nel contesto familiare	pag. 16
2.5 Segnali nel contesto sanitario	pag. 17
3. ATTIVAZIONE DI PERCORSI DI 1° LIVELLO: azioni di prevenzione indicata	pag. 17
3.1 Intercettazione precoce dei segnali di ritiro negli studenti	pag. 17
3.2 Rilevazione delle situazioni	pag. 18
3.2.1 Azioni successive alla rilevazione	
3.2.1.1 I Servizi Educativi	pag. 19
3.2.1.3 Le opportunità del territorio	pag. 19
3.2.2 Raccomandazioni generali	pag. 19
4. ATTIVAZIONE DI PERCORSI DI 2° LIVELLO	pag. 21
4.1 Raccomandazioni per il trattamento	pag. 21
4.2 Il Servizio di Neuropsichiatria	pag. 21
4.3 I ragazzi e le ragazze ritirati	pag. 21
4.4 I genitori	pag. 22
4.5 La scuola	pag. 23
4.6 Contesto relazionale allargato	pag. 24



Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna

Ufficio III - Diritto allo studio. Europa e scuola.
Tecnologie per la didattica. Istruzione non statale

**Ai Dirigenti delle Istituzioni scolastiche di ogni
ordine e grado dell'Emilia-Romagna**

Al fine di favorire la conoscenza delle Linee e supportare le scuole nella ricerca e nella valutazione delle azioni messe in campo, la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con questo Ufficio Scolastico Regionale organizza il seminario di presentazione in streaming delle Linee di indirizzo regionali *"Giovani alla ricerca di senso. La collaborazione tra scuola e servizi per la prevenzione del ritiro sociale degli studenti"*, in programma **mercoledì 28 settembre 2022, dalle ore 14:30 alle ore 17:30, tramite piattaforma *online*.**

Si allega alla presente il programma dell'evento con le modalità di iscrizione al seminario e si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti (email uff3@istruzioneer.gov.it)

Il Vice Direttore Generale

Bruno E. Di Palma

(Firma autografa, sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.lgs.39/1993)

Paladino MT, et al. Medico e Bambino 2023;26(2)
DOI: 10.53126/MEBXXVIF

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVI

Febbraio 2023

numero 2

PEDIATRIA NELLA COMUNITÀ

LE LINEE DI INDIRIZZO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA SUL RITIRO SOCIALE

Maria Teresa Paladino¹, Monica Malaguti¹, Stefano Costa², Chiara Brescianini³,
Maria Corvese⁴, Fiorello Ghiretti⁵, Loretta Raffuzzi⁶, Lauro Menozzi⁷

Attivazione di percorsi di 1° livello

L'individuazione precoce degli studenti a rischio di ritiro e l'attivazione di percorsi di 1° livello sarebbe possibile a partire dalla rete già esistente all'interno del sistema scolastico anche di concerto con la rete dei servizi presenti nei territori

assenze ripetute anche non continuative insieme ad osservazioni sui comportamenti in classe



AMBITO DI INTERVENTO: SCUOLA

NUMERO DI ASSENZE rilevate dal coordinatore della classe

BASSO: intervento precoce, gravità minore

ALTO: intervento tardivo, gravità maggiore

OSSERVAZIONE di comportamenti pregressi che alludono a difficoltà relazionali con i pari

Insegnante coordinatore della classe:

- avvisa il Dirigente Scolastico
- consulta l'operatore dello sportello ascolto (se presente)
- convoca i genitori e il ragazzo per capire quale impedimento alla frequenza
- in accordo con la famiglia il Dirigente comunica ai servizi territoriali del Comune per un supporto alla situazione

AZIONI

È importante che tutte le azioni siano attuate in alleanza con la famiglia

1. Attivazione interna alla scuola di strategie per favorire la frequenza

2 Progetto di intervento educativo

3. Se già attivi i servizi sanitari, i servizi territoriali/li contattano e informano di ciò che si sta facendo

4. I servizi territoriali attivano una nuova presa in carico sanitaria se:

- alto numero di assenze e/o
- riduzione Socialità extrascuola e/o
- problemi familiari
- eventi traumatici

NOTE:

- Azione 1: si attiva sempre. A volte è sufficiente intervenire a questo livello.
- Azione 2: si attiva sempre. Supporta la azione 1, può mettere a punto strategie extrascolastiche.
- Azione 3: se è già in campo un intervento sanitario è necessario coordinarsi.
- Azione 4: una alta percentuale di assenze e la tendenza al ritiro da tutte le attività sociali si ritengono elementi critici che indicano opportunità di invio ai servizi sanitari

Sintesi progetti sul ritiro sociale – Piano Finalizzato 2024

AREA VASTA	DISTRETTO / TERRITORIO	PROGETTO / INIZIATIVA
 Nord	1 Ponente Val Tidone	Promuovo Benessere – Un Gioco da Ragazzi
	2 Levante Val d'Arda	Centro Famiglie – Ritiro Sociale
	3 Piacenza	Protocollo Integrato Ritiro Sociale
	4 Parma	Teseo
	5 Fidenza	Avengers
	6 Reggio Emilia	Emily
	7 Val d'Enza / Guastalla	Tavolo Interistituzionale Ritiro Sociale
	8 Castelnovo né Monti	Protocollo Psicologi – NPIA
	9 Modena	RISO e rete territoriale
	10 Carpi	RISO – Ghostbusters
	11 Mirandola	RISO Provinciale
 Centro	1 Bologna	SAS – Formazione Minotauro
	2 Casalecchio di Reno	Hikikomori – Con la Testa nei Piedi
	3 Pianura Est	Scuola Presidio di Comunità
	4 Pianura Ovest	SAS – Servizio Aggancio Scolastico
	5 Porretta Terme	Educativa Domiciliare
	6 S. Lazzaro di Savena / Imola	Gruppi RISO
	7 Ferrara	Promeco – Coordinamento Ascolto
	8 Cento	Formazione Martinelli
	9 Ravenna	Laboratori Artistico-Creativi
 Romagna	1 Lugo	Ti Ascolto
	2 Faenza	R-ESISTERE – So-Stare
	3 Forlì	Educativa Domiciliare – Rete Adolescenza
	4 Cesena – Valle Savio	Protocollo Seneca
	5 Rubicone – Costa	Life Skills
	6 Rimini	Sportelli d'Ascolto
	7 Riccione	Formazione Adulti – Educativa Territoriale
	8 Faenza (Spazio Adolescenza)	Universo.Fuori.Onda
	9 Ravenna (AUSL)	Gruppi Educativi Integrati

SERVIZI DI SECONDO LIVELLO

- Coinvolge più attori esterni alla scuola a sostegno del nucleo familiare al fine di sostenere il più ampio percorso evolutivo del ragazzo e della sua famiglia e curare la psicopatologia eventualmente presente.
- Viene descritta la necessità dell'attivazione della rete (par. 4.1), il ruolo dei Servizi di NPIA (per. 4.2), le peculiarità e le attenzioni dell'approccio ai ragazzi con quadri di ritiro (par. 4.3) e le indicazioni per il lavoro a sostegno dei genitori (par. 4.4), con la scuola (par. 4.5) ed il contesto sociale allargato (par. 4.6).
- Si ricorda come sia necessario che i casi in carico ai Servizi di Neuropsichiatria infantile possano usufruire di tutte le risorse educative-sociali descritte nel documento, in particolare interventi educativi domiciliari a cura dell'Ente Locale e spazi laboratoriali educativi con attività extrascolastiche.

DISTURBI PERSONALITA'



Correlazioni tra disturbi di personalità e psicosi in età evolutiva

Autore / Anno	Campione	Disturbo di personalità	Risultati principali	Fonte
Thompson et al., 2019	Adolescenti clinici	Borderline (BPD)	Elevata presenza di sintomi psicotici transitori in BPD adolescenziale.	Eur Child Adolesc Psychiatry
Winsper et al., 2020	Coorte longitudinale	Tratti borderline	Sintomi borderline predicono esperienze psicotiche in età giovane-adulta.	Psychol Med
Chanen et al., 2024	Primo episodio psicotico (FEP)	BPD e antisociale	Comorbidità DP-FEP associata a peggior funzionamento e outcome.	Schizophr Res
Rinaldi et al., 2025	Giovani a rischio psicotico	Tratti disfunzionali di personalità	Correlazioni tra funzionamento di personalità e bias cognitivi psicotici.	Eur Psychiatry
Healy et al., 2019	Popolazione generale	Schizotipico	Tratti schizotipici predicono esperienze psicotiche sottosoglia.	Schizophr Bull

LINEE INDIRIZZO DISTURBI PERSONALITA'

Linee di indirizzo
per il trattamento
dei Disturbi Gravi
di Personalità

- LA
TRANSIZIONE
- I PAZIENTI
FRAGILI (NON
GRAVI ->
stepped care)

2013



2024

LA TRANSIZIONE

Una quota significativa di giovani viene “persa” durante il passaggio dai Servizi di Neuropsichiatria infanzia-adolescenza (NPIA) all’età adulta (CSM) (Singh, 2009). Sono barriere all’accesso ai servizi per gli adulti: la mancanza di informazioni sui CSM, lo stigma, l’ansia rispetto alla impostazione del Servizio e all’accessibilità (Hendrickx, De Roeck, Maras, Dieleman, Gerritsen, Purper-Ouakil, Russet, Schepker, Signorini, Singh, Street, Tuomainen, & Tremmery, 2020).

3.2. Raccomandazioni clinico-organizzative per un passaggio qualificato

- *In ogni DSM-DP dev’essere formalizzata una procedura per la transizione tra i Servizi NPIA-CSM e/o SerDP con personale dedicato e formato in modo specifico sull’adolescenza, e che preveda la realizzazione dei seguenti punti:*
 - *Apposita Istruzione Operativa Dipartimentale sui passaggi di setting (es. da ambulatoriale a comunità terapeutica) o di Servizi;*
 - *Favorire la possibilità di usufruire di un accesso unico distrettuale per tutti gli adolescenti e i loro caregivers;*
 - *Predisporre luoghi dedicati e non stigmatizzanti per accogliere gli adolescenti e i loro familiari;*
 - *Accompagnamento fisico dei giovani pazienti nei CSM e/o nei SerDP prima del diciottesimo anno o la conoscenza dei professionisti che assumeranno la presa in cura in luogo neutro;*

- *L'équipe di transizione deve essere stabile e trasversale tra i Servizi del DSM-DP ed è necessario individuare un referente del percorso³;*
- *L'équipe di transizione deve elaborare un piano di transizione personalizzato e riunirsi periodicamente per garantire un monitoraggio costante dei processi terapeutici messi in atto;*
- *Occorre prevedere un periodo di cura parallelo fra i Servizi e si raccomanda di curare il trasferimento delle informazioni mediante la condivisione del percorso di cura o, laddove non risulti possibile, mediante la relazione clinica⁴;*
- *Per la transizione dei casi "non gravi" è necessario prevedere un percorso clinico dedicato ai pazienti "fragili" in un'ottica di stepped care discendente che coinvolga l'intera rete dei servizi delle AUSL compresi i PLS e MMG, i consultori e gli spazi giovani.*
- *Occorre elaborare con il paziente e i familiari un contratto scritto con identificazione degli obiettivi di cura (di breve e lungo termine) ed i relativi tempi di verifica, le competenze/responsabilità attivate dall'équipe, le competenze/responsabilità richieste al paziente ed alla sua famiglia.*
- *È necessario coinvolgere i familiari, non solo nel passaggio, ma anche nel successivo percorso di cura.*
- *È raccomandato dedicare attenzione alla compliance dei pazienti e dei familiari perché un passaggio qualificato richiede anche per loro un impegno elevato.*

I PAZIENTI FRAGILI, NON GRAVI

- Per la transizione dei casi cosiddetti “*non gravi*” è comunque previsto un **percorso clinico dedicato ai pazienti “fragili”**: si tratta di quelle condizioni che non rientrano nella psicopatologia grave (psicosi o DBP) e non sono chiaramente connotate da un punto di vista psichiatrico, ma che presentano un malessere percepito significativo, sintomi vari sebbene transitori e/o situazioni di rischio evolutivo importante.
- Gli utenti che manifestano questo insieme di condizioni cliniche hanno spesso un alternarsi di fasi critiche ad altre di minore complessità. Alle diverse fasi deve corrispondere un differente trattamento nell’ottica della stepped care.

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

LINEE DI INDIRIZZO

per il trattamento
del Disturbo Borderline di Personalità
nei dipartimenti di salute mentale
e dipendenze patologiche



DISPOSITIVI PER LA TRANSIZIONE

UNA FOTO DEL 2022

PROGETTO
14-25



Provincia / AUSL	Modello organizzativo	Servizi coinvolti	Età target	Modalità / dispositivi principali	Punti di forza	Criticità
Piacenza	Dal Team di Transizione ai PDTA	NPIA, CSM, SerDP, DSM/DP	14–18	Presa in carico congiunta NPIA–CSM, case manager unico, schede caso, contratto di cura, équipe integrate	Continuità terapeutica, riduzione drop-out, protocolli EBM, formazione continua	Carico di lavoro elevato, compliance familiare variabile
Parma	Centro Adolescenza e Giovane Età (14–25)	NPIA, CSM, SERT, équipe funzionali territoriali	14–25	Case manager (educatore/infermiere), lavoro integrato NPIA–CSM, formalizzazione percorso, accompagnamento comunitario	Integrazione multidisciplinare, formalizzazione organizzativa	Rischio dispersione responsabilità, difficoltà nella tempistica del passaggio
Reggio Emilia	Open G – Stepped Care e Spazi Giovani	NPIA, CSM, SERDP, Consultori Giovani, Scuole	14–28	Accesso unico telefonico, consulenza breve, counseling, psicoterapia breve, tavoli distrettuali, formazione docenti e psicologi	Accesso facilitato , équipe multiprofessionale, buona rete territoriale	Mancanza luogo unico, strumenti condivisi carenti
Bologna	Progetto Psicopatologia 14–25 – Psicologo di Transizione	NPIA, PPEE, CSM, DSM	17–19 (fino a 25)	Psicologo di transizione come case manager , presa in carico parallela, percorso personalizzato, colloqui pre e post passaggio	Personalizzazione, continuità relazionale, co-costruzione rete	Numero limitato di casi seguiti per carenza risorse
Imola	Percorso di Continuità delle Cure	NPIA, CSM, SerDP, ASP, Consultorio Giovani, MMG	16–18	UVM per progetto individuale, rivalutazione clinica, incontri congiunti, presa in carico parallela	Integrazione sociosanitaria, uniformità territoriale, linguaggio condiviso	Aumento casi complessi, risorse stabili insufficienti, difficoltà con “borderline”
Ferrara	TID – Team Interdipartimentale Integrato	NPIA, SERD, SPT, ASP	17–18,3	Incontri bimestrali di coprogettazione , piano scritto, sovrapposizione 3 mesi, condivisione famiglia	Spazio stabile DSM/ASP, coprogettazione reale, monitoraggio	Difficoltà a rispettare tempi, disallineamento pianificazione/agenda
Romagna (Forlì–Cesena)	UFA – Unità Funzionale Adolescenza	NPIA, CSM, SERDP, Consultorio Giovani, Servizi Sociali, SPDC	14–18 (transizione fino 25)	Incontri mensili interservizi, presa in carico parallela, casi multiprofessionali, percorsi specifici DCA e psicopatologia	Continuità assistenziale, uniformità territoriale, prevenzione drop-out	Complessità gestionale, aumento casi neuropsichiatrici complessi

Dispositivi innovativi per adolescenti e giovani adulti: IPS, BdS, ecc.



Centri Diurni, IPS-Y, BdS

- - **Centri Diurni (finanziamento reg. 2024 apre Reggio E., Modena e Bologna)** con percorsi/programmi diversificati per la fascia di età 11-13 e per quella 14-18, che prevedano valutazioni integrate multiprofessionali, interventi terapeutici intensivi di tipo psicoterapico, farmacologico, gruppi terapeutici, laboratori educativi.

Per la fascia 14-18 e i giovani adulti:

- **BdS** esperienze laboratoriali educative per socializzazione e sostegno alla formazione
- **IPS young, progetto COPE, Social Prescri**



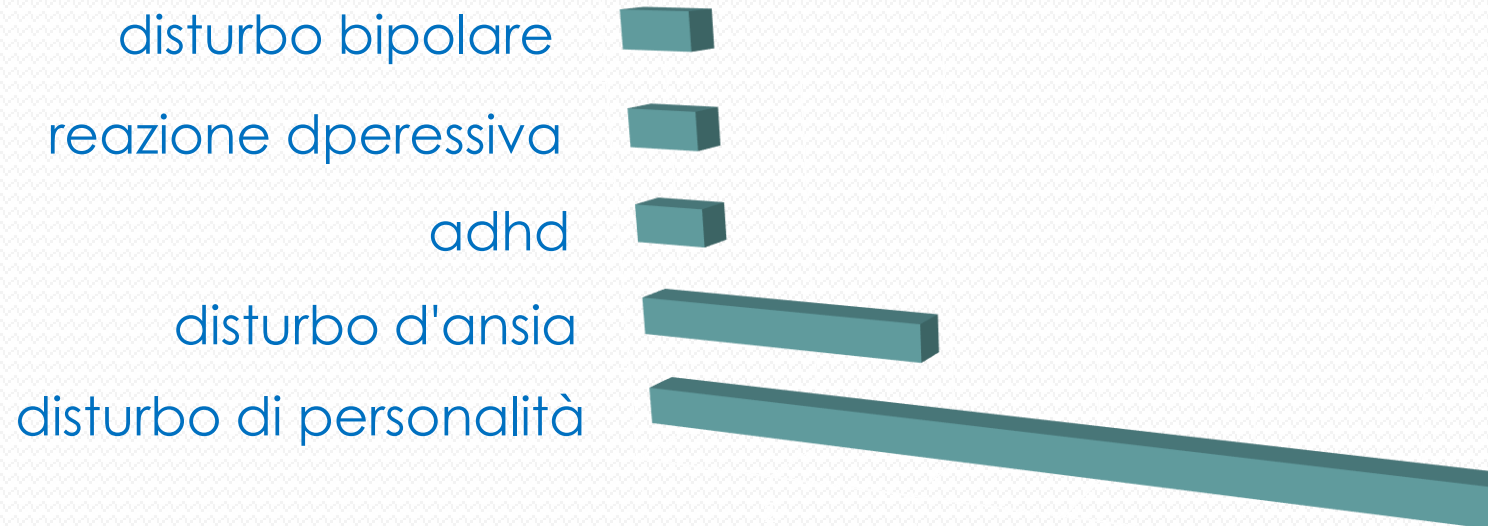
RISULTATI 1 / 2

Interventi IPS anni 2019-2021

N. Pazienti 18

Età media dei pazienti: 17, 5 anni -> **ETA' DEL PASSAGGIO**

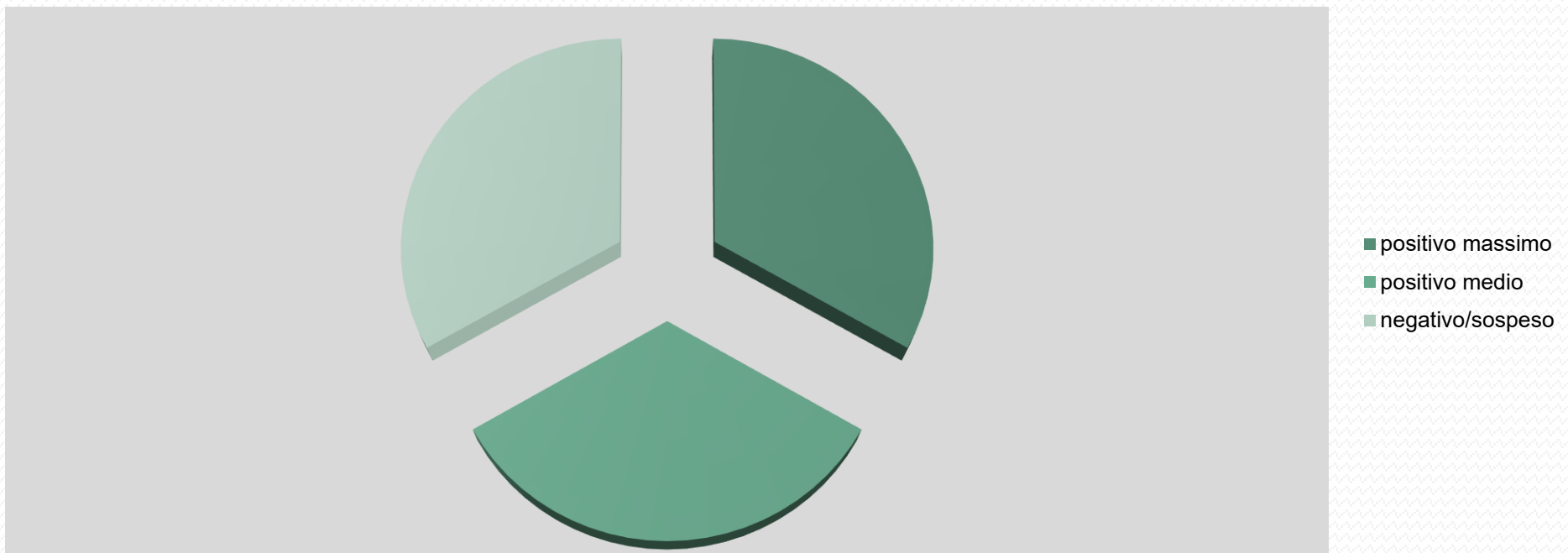
diagnosi paz. con intervento IPS



RISULTATI 2 / 2 Esito intervento

- **positivo "massimo"**: trovato un orientamento definito in ambito di lavoro, studio
- **positivo "medio"**: maggiore consapevolezza, guidato nell'orientamento e nelle scelte, percorso non completato
- **negativo**: percorso abbandonato, scarsa adesione, non raggiunto risultato

Serie1



Servizi Sociali, Educativi e Sanitari assieme per progettare dispositivi di intervento integrati, leggeri e non etichettanti per fronteggiare tempestivamente, al di fuori dei canonici spazi di cura, l'aumento di situazioni di disagio e psicopatologia in età evolutiva.

1. Due nuove SFIDE: 1) modelli integrati di intervento con il Sociale sui casi con diagnosi non strutturate e quadri misti tipo autolesione, 2) modelli di intervento per i casi misti con uso di sostanze, psicopatologia e aspetti sociali in età evolutiva

Da dove nasce l'idea (2022): IL GRUPPO PSICOPATOLOGIA 14-25

Gestione integrata dei casi con Disagio (senza una diagnosi definita ma spesso ad es. con sintomi tipo autolesivo) con il coinvolgimento della rete sociale, per:

- - evitare la sanitarizzazione e l'ingresso/permanenza in un circuito di ricovero/presa in carico psichiatrica;
- - stimolare riflessioni rispetto al fatto che Sanità e Socialeno possa offrire modelli integrati di presa in cura più snelli ed innovativi (in ottica stepped care) anche e soprattutto nelle fasi di passaggio/transizione.

DISPOSITIVI DI INTERVENTO (2024)

Casa Adolescenza

Received: 21 February 2018 | Accepted: 16 May 2018
DOI: 10.1111/epi.12680

EARLY INTERVENTION IN THE REAL WORLD

WILEY

What is a "Maison des Adolescents"? A history of integrated youth health care services in France

Laelia Benoit^{1,2,3} | Patrick Cottin^{4,5} | Marie R. Moro^{1,2,5,6}

- "Spazio di Salute e Prevenzione" aperto tutti i giorni; consulenze multidisciplinari; un'équipe mobile che visita i giovani ricoverati nelle unità mediche; un'équipe mobile in grado di incontrare gli adolescenti nelle loro case; **un centro aperto per laboratori artistici; corsi di aggiornamento e recupero del lavoro scolastico;** incontri di rete e gruppi di sostegno dei genitori. Fin dall'inizio gli MDA si sono **rivolti a una fascia di età** (giovani di età compresa tra 11 e 21 anni) **piuttosto che a una malattia.**

Forniscono così una **prevenzione primaria** per gli adolescenti secondo la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Altri DISPOSITIVI

14.30.-15.00 **Un'esperienza europea: la maison des adolescents**

Laura Moneti AP-HP - Assistance Publique Hôpitaux de Paris

15.00-16.30 **Esperienze sul territorio**

Giocare in spazi di relazione... Le case ludiche "A good game space", "Asocial space"

Elena Lucarella e **Giulia Rotatori** Coop Centofiori, Rimini e Servizio Dipendenze patologiche, Ausl della Romagna

Costruire collaborazioni e allenare dialoghi con gli adulti di riferimento

Patrizia Montanari Settore Politiche sociali, Unione del Distretto Ceramico

L'esperienza del Centro Adolescenti dell'Ausl di Ferrara nel modello stepped care

Silvia Barbaro Spazi giovani e Centri adolescenza, Ausl di Ferrara

"Lui semplicemente IO". Film autobiografico scritto e interpretato dagli stessi studenti, un viaggio nel cuore dell'adolescenza

Maria Ghiddi e **Studenti** ITE G. Salvemini, Casalecchio di Reno (BO)

Un'esperienza di servizio civile regionale per minorenni

Elisa Berti e **Leonardo Poggi** Centro Tutela e ricerca fauna esotica e selvatica di Monte Adone, Bologna

Un modello di intervento per adolescenti in ritiro sociale: il progetto Nove 3/4 del Gruppo Abele

Marco Fanton e **Martina Tabarelli** Gruppo Abele, Torino

PROGETTO
14-25

“Novità 2025” modelli di intervento per i casi misti con uso di sostanze, psicopatologia e aspetti sociali in età evolutiva

DUE ASPETTI:

- 1. DISPOSITIVO DI “AGGANCIO” E TRATTAMENTO**
- 2. DISPOSITIVI DI INTERVENTO IN CASI GRAVI SENZA COMPLIANCE**

**PROGETTO
14-25**

Substance-induced Psychosis in Youth

La psicosi può essere indotta da sostanze o l'uso di sostanze può coesistere con disturbo psicotico primario. La rimozione di agenti che potrebbero contribuire a psicosi, come cannabis, stimolanti e allucinogeni è importante, ma può essere clinicamente difficile, e in alcuni casi i sintomi possono persistere per mesi. Un approccio globale rappresenta la gestione migliore e dovrebbe includere: 1) gestione dei farmaci, 2) trattamento psicosociale (terapia individuale e/o di gruppo) e 3) coinvolgimento della famiglia (e possibilmente di altri importanti legami sociali).

DISPOSITIVO DI “AGGANCIO” E TRATTAMENTO

Ambito	Elemento chiave	Sintesi
Spazi	Neutri e accessibili	Luoghi non sanitari, accoglienti e centrati sul giovane.
Equipe	Multidisciplinari integrate	Psicologi, medici, educatori e sociali con lavoro coordinato e continuo.
Prossimità	Operatori di territorio	Educatori e figure di aggancio nei contesti reali di vita.
Continuità	Tra fasi e livelli	Percorsi personalizzati e rivalutati nel tempo, senza interruzioni.
Governance	Regia istituzionale forte	Coordinamento tra Comuni, DSM-DP e Distretti, cultura condivisa.
Integrazione	Superare barriere	Unione tra salute mentale e dipendenze, approccio orientato alla recovery.
Età	Fascia 14–25 modulata	Interventi differenziati per sottofasce d'età e bisogni evolutivi.
Modello	Dispositivo integrato	NPIA / SerDP / CSM + Sociale per presa in carico precoce e flessibile.

DISPOSITIVI DI INTERVENTO IN CASI GRAVI SENZA COMPLIANCE

Ambito	Elemento chiave	Sintesi
Aspetto legale	Cornici normative	Trattamento coatto solo in ambito penale o tramite TSO; inserimento in comunità solo con DGR 1102 o provvedimento giudiziario.
Aspetto legale	Tutela dei diritti	Interventi volontari, accessibili e non repressivi; consenso informato, riservatezza, revisione indipendente e possibilità di ricorso.
Aspetto tecnico-scientifico	Principi generali	Approccio volontario e personalizzato; rifiuto della detenzione obbligatoria; coinvolgimento attivo di giovani e famiglie; riduzione del danno.
Aspetto tecnico-scientifico	Evidenze internazionali	Linee guida NICE e Orygen: approccio multidisciplinare, integrato, centrato sulla resilienza e sullo sviluppo sano.
Raccomandazioni operative	Mancata adesione	Usare strategie motivazionali, interventi flessibili e di prossimità basati sulla fiducia.
Raccomandazioni operative	Pericolo per la salute	Attivare TSO o misure legali solo se necessario; coercizione come ultima risorsa; interventi precoci e integrati.

CONCLUSIONI

- Tutti gli autori, trattando della terapia delle psicosi in età evolutiva, indipendentemente dal tipo di riferimento culturale, affermano la necessità di un **investimento terapeutico massiccio**, corrispondente all'estrema gravità e pericolosità del quadro.
- alcuni autori stanno avanzando l'ipotesi che la **variabilità del decorso possa essere messa in relazione proprio con il tipo di trattamento** che il paziente ha ricevuto.

Caso Tom 17 anni



La richiesta

- Telefona la madre a fine febbraio:
- Il ragazzo non capisce niente
- Un collega privato di che “è da ricovero”
- Sta male da natale
- È sempre andato bene a scuola
- Poi prende due/tre 5 e gli è scesa la catena
- Si vuole fare aiutare non si sente uguale agli altri, sta sempre peggio

Prima visita

- Visto dopo 3 gg
- Dopo estate in cui ha fatto poco, alla ripresa scolastica (III liceo scientifico potenziato) si concentra molto.
- Si sente confuso, non “vivo”, senza emozioni, non si ricorda nulla.
- “tutta l’energia che avevo in una notte è andata via”, è come se una cosa esplode, mi sento schiacciato

- Eloquio veloce incalzante
- Faccio fatica a relazionarmi con gli altri
- Molto agitato, confuso, richiama per telefono dopo colloquio ripetendo stesse preoccupazioni
- EON, EEG, RM
- Prima di ridurmi così avevo perfezionato troppo la testa, una cosa unica, il più mentale del mondo

intervento

- Farmaci: antipsicotico, BZ, SRRI
- Colloqui coi genitori (vedi modello)
- Intervento gruppo educativo
- Prima continua ad andare a scuola poi sospende
- Colloqui individuali