

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E
DEL BENESSERE NELLE PERSONE ALLA PRIMA
MANIFESTAZIONE PSICOTICA O AD ALTO RISCHIO DI
PSICOSI

L'esperienza del PDTA “Esordi Psicotici” DAISM-DP AUSL Parma

Bologna, 11/11/2025

Rebecca Ottoni^a, Clara Pellegrini^a, Emanuela Quattrone^a, Claudia Hasa^b

a: Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL Parma

b: Dipartimento farmaceutico interaziendale, AUSL Parma

Primo accesso al CSM su invio MMG

20 anni

Richiesta MMG: “sospetto esordio di psicosi in sindrome ansioso-depressiva”

Due precedenti visite con **psichiatri privati** nelle settimane precedenti con prescrizione di Perfenazina+Amitriptilina e Quetiapina+Lorazepam, riferito pregresso **percorso psicologico** ora interrotto

Descritto negli ultimi 6 mesi, nel contesto di problematiche lavorative, la comparsa di **sintomatologia ansiosa** con episodi di **somatizzazione** e vissuti di **autoriferimento** sottesi da **timori di inadeguatezza**

Primo accesso al CSM su invio MMG

Vigile, lucido, orientato, composto nel comportamento, eloquio fluido

Atteggiamento di lieve sospettosità e diffidenza

Vissuti di autoriferimento e interpretatività in assenza di chiara strutturazione

Demoralizzazione con polarizzazione ideo-affettiva su alcuni eventi di vita con vissuti a valenza traumatica

Derealizzazione, “sogno lucido”, deja-vu

Insonnia iniziale, iporessia

Consumo quotidiano di cannabinoidi

Diffidente verso psicofarmacoterapia

The background features a light beige color with large, overlapping abstract shapes in muted red and sage green. On the left, a white line-art illustration of a leafy branch extends from the top. In the upper right, there are several small, teal-colored oval shapes of varying sizes.

Note anamnestiche

- Figlio unico, vive con la madre
- Genitori divorziati
- Diploma Istituto tecnico
- Dopo il diploma diversi lavori (operaio, postino, consegna pizze, addetto gastronomia) ultimo interrotto per scadenza del contratto poco prima dell'accesso ai servizi

Segnalazione al servizio di Day Hospital

Difficoltà ad aderire al percorso di cura

Vissuti di angoscia sottesi da ideazioni di
nocumento progressivamente strutturate

Disorganizzazione comportamentale ed episodio di
allontanamento dalla città

Ricovero presso il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo

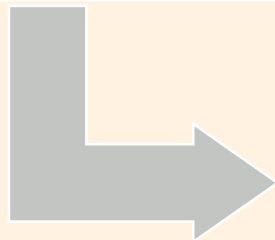
Ingresso:

vigile, orientato, curato nella persona, composto nel comportamento ma lievemente irrequieto, mimica tesa con commozione

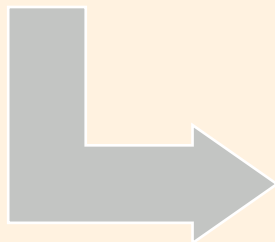
Eloquio **allusivo**, perdita della **coesione ideativa**, **umore irritabile**

Deliri a contenuto persecutorio sostenuti da **interpretatività** ed esperienze di **autoriferimento**, non evidenza di dispercezioni

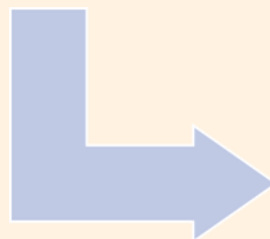
Esordio
sintomatologia



Accesso CSM



Day hospital



SPOI

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL Parma

Consiste di quattro aree

- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (0-17 anni)
- Salute mentale adulti (>18 anni)
- Dipendenze patologiche (15-64 anni)
- Psicologia clinica e di comunità

Per ogni area si articolano:

- Servizi territoriali
 - Servizi ospedalieri
- 
- Centri di salute mentale
 - Day Hospital
 - Residenze:
 - A trattamento intensivo
 - A trattamento estensivo/protratto
 - Socio-riabilitative

PDTA Esordi Psicotici AUSL Parma

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma ha sviluppato un protocollo specifico da applicare

non attraverso un modello centralizzato

ma attraverso un **servizio diffuso** ramificato nella rete di tutti i servizi di salute mentale per adolescenti e adulti dell'intero territorio della provincia di Parma (Leuci et al., 2019)

PDTA Esordi Psicotici: obiettivi generali

- a) migliorare la **qualità dei processi e dei risultati** dell'intervento, istituendo un protocollo volto alla diagnosi precoce, al trattamento e alla rilevazione delle persone con FEP o ad alto rischio (UHR) di psicosi, in conformità a linee guida ben definite sull'argomento;
- b) **ridurre la variabilità degli interventi**, standardizzandoli in tutti i Servizi di Salute Mentale per Bambini/Adolescenti e Adulti del Dipartimento di Salute Mentale di Parma;
- c) consentire una valutazione accurata dell'**aderenza** dei trattamenti forniti nel protocollo Pr-EP alle **raccomandazioni basate sulle evidenze**;
- d) strutturare, differenziandoli in base all'analisi dei bisogni delle persone, progetti di intervento personalizzati e centrati sul paziente, supportando **l'implementazione di percorsi di cura individuali e pianificati come modello più adatto per la gestione clinico-organizzativa della prima manifestazione psicotica**

Un modello centrato sul territorio

È stato scelto un **modello diffuso** per diffondere conoscenze e competenze sugli esordi psicotici nei servizi di salute mentale al fine di fornire un'esperienza dedicata e specializzata da utilizzare nella pratica clinica quotidiana e in collaborazione con la rete di altre agenzie sanitarie e sociali

Col tempo, dovrebbe essere prestata maggiore attenzione alla costruzione di una **rete di prossimità** con i medici di base, le agenzie sociali, le associazioni di volontariato e familiari, le scuole e le imprese del terzo settore (così come al pubblico in generale) attraverso campagne di sensibilizzazione (Pelizza et al., 2018)

PERCORSO “A”	PERCORSO “B”
età compresa tra i 12 e i 54 anni	persone di età compresa tra i 12 e i 35 anni a rischio di evoluzione psicotica [High Risk (HR) ed Ultra High Risk (UHR)]
assenza di ritardo mentale moderato e grave (Q.I. <50)	sintomi psicotici attenuati (sintomi psicotici sotto-soglia nel corso dell'ultimo anno)
assenza di psicosi organiche (es. epilessia, demenza, malattie cerebrovascolari o infettive, traumi o tumori cerebrali)	sintomi psicotici brevi intermittenti (sintomi psicotici conclamati a remissione spontanea e per periodi inferiori ad una settimana)
assenza di un disturbo psicotico indotto da sostanze (ma non è esclusa la persona che presenta un disturbo da uso di sostanze)	vulnerabilità familiare e declino funzionale recente (familiari di primo grado con diagnosi di disturbo psicotico o di disturbo schizotipico di personalità)
storia di disturbo psicotico in trattamento inferiore ai 24 mesi	declino significativo del funzionamento globale durante l'anno precedente

Declinazione operativa PDTA

1) IDENTIFICAZIONE:

Come strumento di screening, i medici di base e altri operatori sanitari (ad es. negli ospedali generali, pronto soccorso, familiari, scuole, servizi sociali, auto-segnalazioni) possono compilare la '**Checklist per la Valutazione dell'Esordio Psicotico**' (CVEP) (Feo & Raballo, 2007)

È richiesta una valutazione clinica approfondita in presenza di almeno un sintomo positivo attenuato (ad es. contenuto del pensiero insolito, aberrazioni percettive, lieve disturbo formale del pensiero) e/o due sintomi negativi (ad es. isolamento sociale, perdita di interesse, declino del funzionamento nei ruoli) presenti nella checklist

Declinazione operativa PDTA

2) *VALUTAZIONE:*

La valutazione clinica specialistica avviene attraverso una modalità **multi professionale e multidimensionale** (non solamente clinico-diagnostico, ma anche funzionale e sociale in coerenza con il modello bio-psico-sociale) che prevede, inizialmente, un colloquio conoscitivo/esplorativo e, laddove possibile, il coinvolgimento della rete dei familiari e/o figure di riferimento, oltre a una valutazione del contesto ambientale

Piano di cura

Valutazione Neuropsicologica e Diagnostica Clinica

- WAIS-IV
 - Wisconsin Card Sorting Test (WCST)
 - Stroop test
 - Pid-5 (Inventario di personalità per il DSM-5)
 - SCID-5-SPQ (Questionario per lo screening della personalità per l'intervista clinica strutturata del DSM-5)
 - CAARMS (Comprehensive Assessment of at Risk Mental States)
 - SPI-A (Strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia)
 - HoNOS
- Valutazione stato funzioni esecutive:
- astrazione e categorizzazione
 - controllo cognitivo

Declinazione operativa PDTA

3) TRATTAMENTO

- La prescrizione di **farmaci antipsicotici** viene evitata, a meno che il soggetto CHR-P (A) non presenti sintomi psicotici completi in rapido peggioramento, (B) non abbia un rischio imminente di suicidio o violenza grave, (C) non stia deteriorando rapidamente le proprie funzioni quotidiane o (D) non risponda adeguatamente a nessun altro intervento (Schmidt et al., 2015)
- In caso di FEP, sono preferiti gli antipsicotici di seconda generazione per un migliore profilo farmacologico (minor rischio di effetti collaterali neurologici ma maggiore rischio di sviluppare sindrome metabolica)

Declinazione operativa PDTA

3) TRATTAMENTO

- La **psicoterapia individuale** dovrebbe preferibilmente basarsi sul modello per la sindrome a rischio di psicosi sviluppato da van der Gaag et al. (2012), prevedendo un numero ottimale di 12 sedute (ciascuna della durata di 60 minuti) nel primo anno di trattamento
- **L'intervento familiare** si basa sul modello sviluppato da Kuipers et al. (2002) e ispirato ai principi cognitivo-comportamentali. Nel primo anno di intervento, la psicoeducazione consiste in un numero ottimale di circa 10 sessioni con ciascuna famiglia.

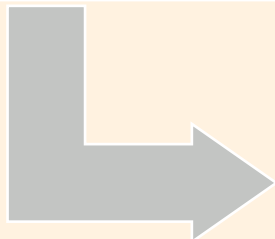
Declinazione operativa PDTA

3) TRATTAMENTO

- **Case management orientato alla recovery:** ogni individuo/famiglia riceve un case manager dedicato che coordina tutti gli interventi pianificati, in particolare quelli mirati a una riabilitazione precoce e orientata al recupero. In particolare, deve essere progettato un percorso di cura personalizzato per il paziente al fine di promuovere l'inclusione sociale e lavorativa, anche utilizzando modelli efficaci di riabilitazione professionale e lavoro supportato (Pelizza, Ficarelli, et al., 2020).

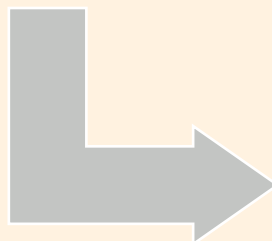
Esordio
sintomatologia

Psichiatri in ambito privato
Psicoterapeuta



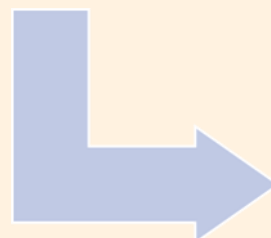
Accesso CSM

Necessità di osservazione più intensiva
Costruzione alleanza terapeutica
Approfondimento diagnostico



Day hospital

Difficoltà di adesione
Interventi medici-farmacologici



SPOI

E.L.I.A.

(Early and Layered Intervention in At-risk mental states)

Esordio dei disturbi psicotici > in adolescenza/prima età adulta - importanti effetti su maturazione personale e progettualità individuale (Belvederi Murri et al., 2020; Kessler et al., 2007)

Schizofrenia > grave per prognosi/burden sociale -alto rischio di ritardo diagnostico (Correll et al., 2024)

ARMS (Stati Mentali a Rischio) della durata di anni → FEP (Klosterkötter, Hellmich et al. 2001)

sintomi psicotici attenuati (APS-BLIPS), associati a cambiamenti neuropatologici come riduzione tessuto cerebrale e deficit cognitivi (Fusar-Poli, Salazar de Pablo et al. 2020)

SB → disturbi sottili, subclinici e auto-riferiti a carico delle pulsioni, della tolleranza allo stress, degli affetti, dell'attenzione, della memoria, del pensiero, del linguaggio, della percezione e dell'azione motoria (Fusar-Poli et al., 2020)

E.L.I.A.

(Early and Layered Intervention in At-risk mental states)

Servizio specialistico SPO a Direzione Universitaria finalizzato all'approfondimento diagnostico, al trattamento e alla precoce riabilitazione di adolescenti e giovani adulti a rischio di psicosi o all'esordio psicotico

OBIETTIVI



- . affinare il processo diagnostico
- . ridurre la DUP → modificare le traiettorie di decorso del disturbo
- . COLLEGAMENTO tra le cure ospedaliere e quelle territoriali

E.L.I.A. *Partecipanti*

soggetti in età adolescenziale-giovanile, (15-25 anni)

PV Neuropsichiatria o Psichiatria presso il DAISM di
Parma/privato

Reparti di degenza (SPDC-SPOI) e DH Servizi Psichiatrici
Ospedalieri di Parma

ENTER (E-Detection Tool for EaRly-stage at risk mental state in
the community)

INVIO

ENTER

(Strumenti digitali di individuazione degli ARMS nella comunità)

IDENTIFICAZIONE RITARDATA VS individuare i giovani **nella comunità** al momento dell'insorgenza dei primi disturbi

Studio pilota: rilevazione digitale come screening per psicosi emergenti (PQ-16; aberrazioni percettive e cognitive SB); n=2279 giovani → 101 ARMS-8 FEP (McDonald, Christoforidou et al. 2018)

STRUMENTO DIGITALE DI PRE-SCREENING AUTOVALUTATIVO ONLINE e VALUTAZIONE DIRETTA su POPOLAZIONE GENERALE

Criteri di inclusione: 12-35 anni di età

Criteri di esclusione <12 o >35 anni di età; Disturbo psicotico in atto

OBIETTIVI

- la percentuale di individui che soddisfano i criteri ARMS e FEP che sono stati sottoposti a screening online tramite un sito web, valutando la sensibilità e la specificità dello strumento di rilevamento digitale
- definizione del profilo clinico (psicopatologico e neurocognitivo) dei soggetti che soddisfano i criteri ARMS

Auto-screening tramite il sito web:

- **PQ-16:** esperienze psicotiche
- Polyrisk Psychosis Score (PPS): esposizione multivariata a fattori ambientali di rischio e protettivi per i disturbi psicotici
- Prediction of Depression (PREDICT-D) rischio di depressione
- Simple Physical Activity Questionnaire (SIMPAQ) livelli di attività fisica e di comportamento sedentario
- Bipolar Prodrome Symptom Scale for patients (BPPS-FP) sintomi prodromici del DB
- DST (digit symbol task) velocità di elaborazione

SE PQ-16 pari o superiore a 6 → valutazione diretta

- Visita 1:**
- Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State (CAARMS)
 - Structured Interview for Psychosis-risk Syndromes (SIPS)
 - Global Functioning (Role and Social)
 - Young Mania Rating Scale (YMRS)
 - Hamilton Depression Rating Scale 21 items (HAM-D)
 - Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)
 - DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome
 - Intervista Strutturata per gli Stati Bipolari a Rischio (SIBARS)
 - Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, and San Diego-Autoquestionnaire (TEMPS-A)
- Visita 2:**
- M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 6.0)
 - Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Battery (BACS)
 - Matrici Progressive di Raven

SE ARMS O FEP



**Servizi Salute
Mentale**

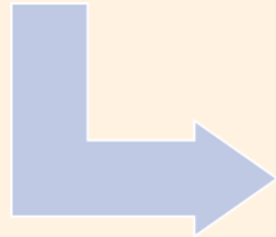


ELIA??

E.L.I.A. *Declinazione operativa*

Psichiatra, Psicomotricista, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
presa in carico congiunta con il Servizio inviante

Percorso multidisciplinare
(2-4 mesi)



- . Approfondimento diagnostico
- . Monitoraggio clinico-ottimizzazione psicofarmacologica
- . Psicoeducazione paziente-familiari
- . Riabilitazione cognitiva-motoria
- . Raccordo diretto Equipe territoriale

E.L.I.A. *Assessment*

- . SPI-A e SPI-CY (Strumento per la valutazione della propensione alla schizofrenia nella versione per adulti e per bambini e adolescenti) ed EASE (Esame dell'Abnorme Esperienza del Sé):
disturbi del Sé Basale (Schultze-Lutter et al. 2012; Parnas et al. 2005)
- . PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale):
sintomatologia positiva e negativa
(Kay et al. 1987)
- . TLI (Thought and Language Index), TLC (Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication) e CLANG (Clinical Language Disorder Rating Scale):
anomalie del linguaggio e della forma del pensiero
(Liddle et al. 2002; Andreasen et al. 1986; Chen et al. 1996)
- . BMS (Brief motor scale): alterazioni motorie e neurological soft signs (Jahn et al. 2006)

E.L.I.A. *Psicoeducazione*

Intervento formativo strutturato per soggetti affetti da disturbi psichiatrici, finalizzato a trasmissione di conoscenze su specifiche aree tematiche a supporto del percorso terapeutico e riabilitativo

approccio efficace per < riacutizzazioni sintomatologiche, < ricoveri ospedalieri,
< durata delle degenze, > aderenza terapeutica (Xia J et al. 2011)

componente fondamentale negli interventi psicosociali nella gestione a lungo
termine della psicosi (NICE, 2014; APA, 2020; OMS, 2023)

calibrata sull'evolversi delle fasi del disturbo psicotico, affrontando in ciascuna fase, le
problematiche emergenti in maniera mirata (Creek et al. 2015)

2 moduli pazienti con stato mentale a rischio
 pazienti già all'esordio psicotico

4 aree servizi psichiatrici, concetto di psicosi, trattamento, prevenzione ricadute

E.L.I.A. *Riabilitazione Cognitiva*

I deficit cognitivi, neurocognitivi (memoria, attenzione, funzioni esecutive)/cognizione sociale principali predittori di scarso funzionamento globale nei pazienti affetti da Schizofrenia
(Fervaha et al., 2014; Lepage et al., 2014)

Intervento precoce e individualizzato, in una fase dello sviluppo caratterizzata da neuroplasticità, permette di migliorare il decorso di malattia
(Fuhrmann et al., 2015)

Programmi personalizzati Cognitive Training e Remediation (CTR) Software CogPack, si sono rivelati efficaci sui domini di cognizione e funzionamento,
> se integrati ad interventi psicosociali e psicoeducazionali (Revell et al., 2015)
con effetti che si mantengono anche a distanza di tempo (Corrivetti et al., 2018)

E.L.I.A. *Riabilitazione Motoria*

Trattamento che utilizza un'ampia varietà di attività fisiche a scopo di integrazione terapeutica per pazienti psichiatrici; implica possibilità di modificare il funzionamento psichico attraverso capacità motorie (aspetto del funzionamento psichico)

(Probst, 2017; Pierloot & Van Coppenolle, 1981)

Approccio ACTION-ORIENTED per i Disturbi dello Spettro Schizofrenico: ALLENAMENTO DI COMPETENZE PSICO E SENSO-MOTORIE per agire sui disturbi fondamentali della corporeità, ampliare la gamma di comportamenti reattivi, espressivi e comunicativi (movimento e linguaggio) al fine di ridurre il ritiro emotivo (Röhricht & Priebe, 2006)

Terapie corporee BPT/DMT (Röhricht & Papadopoulos, 2010): efficacia significativa nel ridurre la gravità dei sintomi negativi; migliorare il funzionamento sociale, occupazionale e psicologico dei pazienti affetti da schizofrenia con beneficio a livello clinico, cognitivo e sociale in fase precoce di malattia (Sormunen et al., 2027)

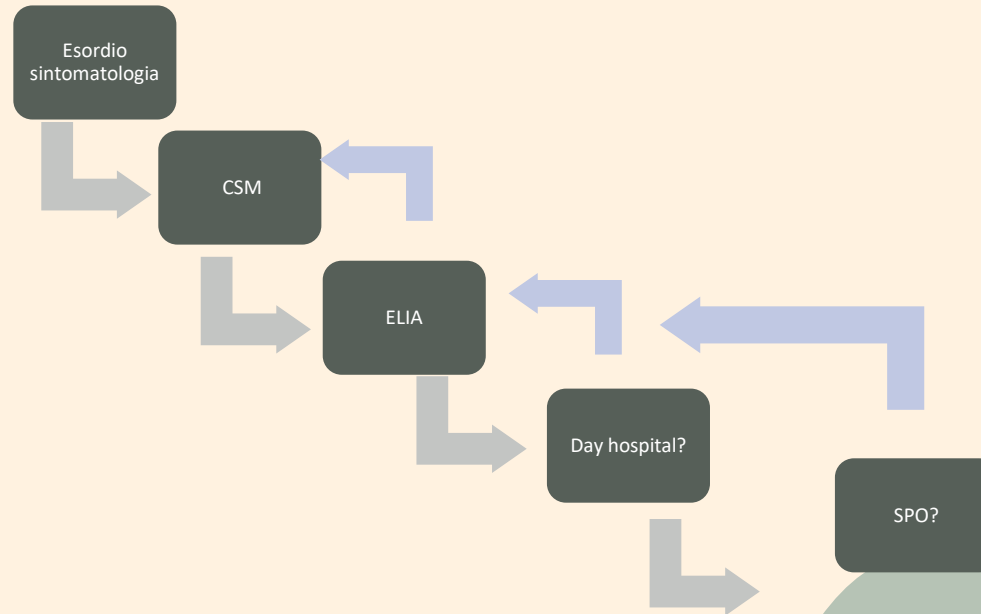
Tuttavia, l'impiego all'esordio o negli stati a rischio è ancora poco utilizzato

E.L.I.A. *Ruolo nel PDLTA*

Ponte diretto tra ospedale e territorio → Ridurre la dispersione

Sinergie tra le equipe ELIA-CSM → Favorire la compliance

Approfondimento diagnostico → differenziare le traiettorie psicopatologiche



Ricovero presso il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo

Dimissioni:

Graduale stemperamento delle tematiche deliranti e dell'angoscia secondaria

Riduzione della tendenza all'interpretatività nel senso dell'autoriferimento e rarefazione degli episodi di déjà-vu sebbene permanessero fenomeni di autocentralità

Presente un nucleo apaico-abulico

Affettività coartata

“Disturbo schizofreniforme”

Paliperidone palmitato 100 mg fl IM: 1 fl IM ogni 28 giorni

Clozapina 250 mg/die

Day Hospital

Visite ambulatoriali di monitoraggio clinico e psicofarmacologico

Interventi psicoeducativi individuali e familiari

Partecipazione al gruppo di riabilitazione metacognitiva

Partecipazione a gruppo di psioeducazione multifamiliare

“Schizofrenia”

Paliperidone palmitato 100 mg fl IM: 1 fl IM ogni 28 giorni

Clozapina 450 mg/die

Proseguimento del percorso di cura territoriale

Ad oggi il paziente prosegue percorso di cura multidisciplinare al CSM

Interventi riabilitativi sull'asse formazione/lavoro coordinati da TeRP (IPS, BdS) e socializzanti (montagnaterapia)

Partecipazione della madre al gruppo psicoeducativo per genitori

Non disponibile ad interventi psicologici individuali

Monitoraggio sindrome metabolica
(ambulatorio infermieristico, interventi psicoeducativi sullo stile di vita)

Budget di salute

Un modello di riabilitazione innovativo che consiste in un insieme di risorse centrate sull'utente, specificamente destinate a supportare le sue esigenze personali, sociali e sanitarie

Il BdS è un accordo simile a un contratto tra pazienti, le loro famiglie e i servizi sociali/sanitari coinvolti nella fornitura di cure (Gadsby, 2013)

il BdS può essere fornito direttamente sotto forma di supporto e pagamento monetario oppure (come in Italia) principalmente tramite un budget indiretto, speso per conto dell'utente da terze parti (ad esempio servizi sociali, familiari e/o sanitari), all'interno di un programma di riabilitazione personalizzato che può essere realizzato solo attraverso la cooperazione e il coordinamento reciproci di tutte le parti coinvolte (Webber et al., 2014)

Declinazione operativa PDTA

Durante i 2 anni di intervento, dovrebbero essere effettuate almeno cinque valutazioni di monitoraggio (cioè una ogni 6 mesi)

La conclusione del programma non comporta necessariamente la dimissione dell'individuo/famiglia dai servizi

La persona può essere mantenuta in cura e proseguire con un trattamento secondo quanto richiesto dal quadro clinico andato strutturandosi

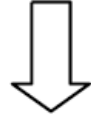


Psychiatric antecedents in young patients with first episode psychosis: what relevance for clinical outcomes?

Lorenzo Pelizza^{1,2} · Fabio Catalano¹ · Emanuela Leuci² · Emanuela Quattrone² · Derna Palmisano² · Simona Pupo³ · Giuseppina Paulillo² · Clara Pellegrini² · Pietro Pellegrini² · Marco Menchetti¹

Received: 19 April 2024 / Accepted: 12 February 2025
© The Author(s) 2025

489 FEP patients
(at baseline)



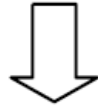
204 (41.7%) Previous specialist contact



76 (15.1%) previous CAMHS contact
(37.2% of this subgroup)

AND

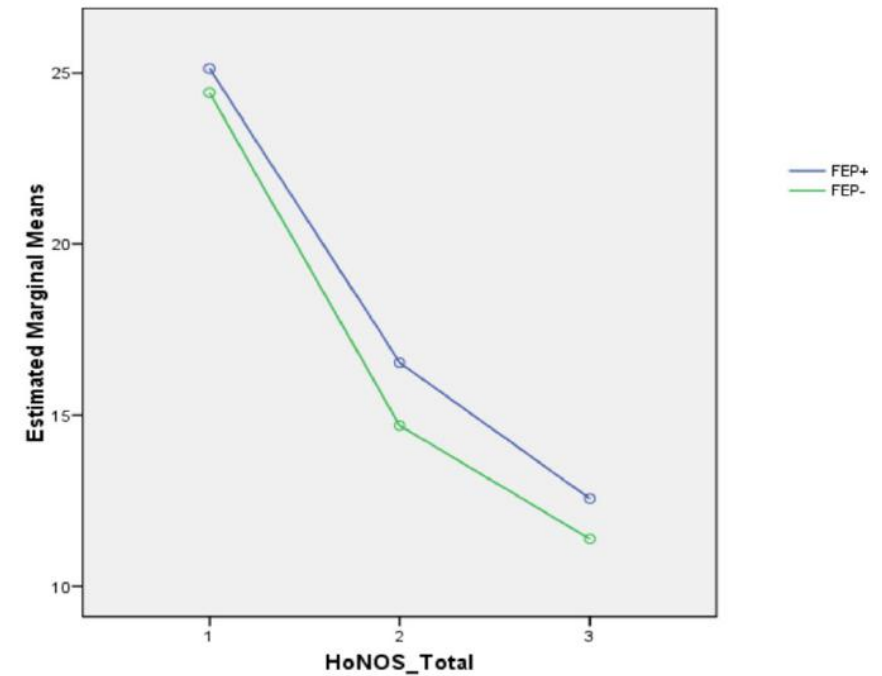
128 (26.6%) previous AMHS contact
(62.8% of this subgroup)

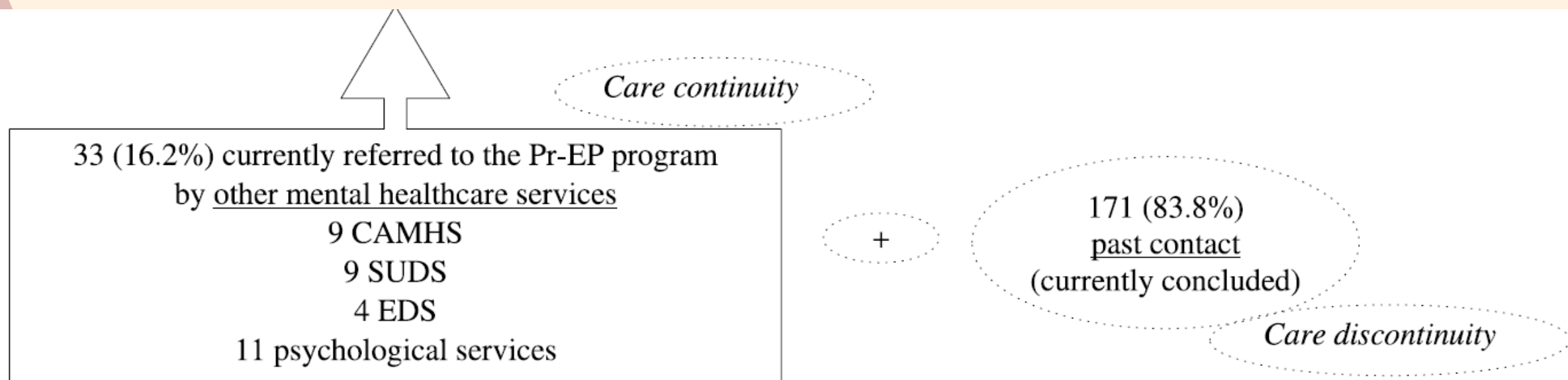


67 (32.8%) **Personality disorder**
59 (28.9%) **Anxious-depressive disorder**
33 (16.2%) **Conduct disorder**
20 (9.8%) **Learning disorder**
11 (5.4%) **Substance use disorder**
10 (4.9%) **Obsessive-compulsive disorder**
4 (2.0%) **Anorexia nervosa**



285 (58.3%) No previous specialist contact





Note. FEP = First Episode Psychosis, CAMHS = Child and Adolescent Mental Health Services, AMHS = Adult Mental Health Services; Pr-EP = Parma-Early Psychosis program; SUDS = Substance Use Disorder Services; EDS = Eating Disorder Services.

Fig. 1 Prevalence rate of FEP patients with and without previous specialist contact. *FEP* First Episode Psychosis, *CAMHS* Child and Adolescent Mental Health Services, *AMHS* Adult Mental Health Ser-

vices, *Pr-EP* Parma-Early Psychosis program, *SUDS* Substance Use Disorder Services, *EDS* Eating Disorder Services

I determinanti sociali della salute: questionario bisogni e risorse

Informazioni socio-anagrafiche e familiari:

- Paese d'origine
- Titolo di studio
- Occupazione
- Entrate complessive mensili
- Certificazioni INPS
- Stato civile
- Status giuridico
- Amministratore di sostegno/curatore/tutore
- Credo religioso (facoltativo)
- Patente di guida
- Numero di anni di residenza/domicilio in Italia
- Competenza lingua italiana
- Competenza digitale
- Possesso strumenti per l'accesso all'informazione digitale
- Residenza
- Iscrizione SSN
- Numero di persone conviventi
- Numero figli minorenni/maggiorenni

I determinanti sociali della salute: questionario bisogni e risorse

Disponibilità di risorse che consentono l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni:

- Condizione abitativa
 - La persona dispone di immobili di propria proprietà?
 - La persona al momento vive in:
 - La collocazione abitativa è adeguata alla soddisfazione dei bisogni della persona?

I determinanti sociali della salute: questionario bisogni e risorse

Disponibilità di risorse che consentono l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni:

- Risorse economiche:
 - Fonti di reddito/entrate economiche della persona
 - La persona dispone di risorse economiche sufficienti a soddisfare i propri bisogni
 - La rete primaria è in grado di prestare aiuto alla persona in caso di difficoltà economiche?

I determinanti sociali della salute: questionario bisogni e risorse

Disponibilità di risorse che consentono l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni:

- Risorse per le attività della vita quotidiana:
 - La persona presenta una condizione fisica che ne limita l'autonomia nelle ADL?
 - La persona presenta una condizione mentale che ne limita l'autonomia nelle ADL?
 - La rete primaria offre risorse per sostenere la persona nelle attività della vita quotidiana?

I determinanti sociali della salute: questionario bisogni e risorse

Disponibilità di risorse che consentono l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni:

- Risorse per il soddisfacimento di bisogni di riconoscimenti/appartenenza/affettività/socialità
 - La persona interagisce all'interno di legami familiari che veicolano affetto/riconoscimento/appartenenza/occasioni di socialità?
 - Le persone dei servizi della rete secondaria informale (associazioni di volontariato, di comunità, parrocchie....) sono coinvolte per il sostegno nella risposta a...

I determinanti sociali della salute: questionario bisogni e risorse

Percorso di cura socio-sanitario

Tipo di problema sanitario per cui è in cura al servizio

La persona è inserita in un PDTA?

Numero di anni di presa in cura

Servizi AUSL coinvolti nel percorso di cura

Sono presenti interventi dei servizi sociali territoriali? Se sì quali?

I determinanti sociali della salute: questionario bisogni e risorse

Interventi attivi a sostegno della persona

- Orientamento sui servizi
- Servizi di assistenza domiciliare
- Coinvolgimento in gruppi AMA
- Coinvolgimento in iniziative attivate nella comunità

Fronteggiamento di eventi critici

I determinanti sociali della salute: questionario bisogni e risorse

SCAMBI SOLIDALI

In relazione alle mie condizioni potrei essere di aiuto:

Attività di volontariato (specificare)

Accompagnamento /Uscite in compagnia/Camminate

Piccole commissioni, pagamento bollette, approvvigionamento farmaci

Telefonate/video-chiamate

Trasporti (in auto)

Pasti in compagnia

Ospitalità nell'Alloggio (specificare)

Partecipare Attività di Auto-mutuo-aiuto (specificare)

Aiutare nella formazione per trovare lavoro (specificare)

Migliorare la mia formazione (ambiti di interesse)

Altro (specificare)

VALUTAZIONE SOGGETTIVA

Valutazione complessiva della sua condizione (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Reddito (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Alloggio (comprese affitti, utenze, ecc.) (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Salute (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Relazioni sociali (inclusi trasporti, cultura, sport e tempo libero) (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vissuto di solitudine (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ritiene di essere stato sufficientemente aiutato? (da 0 minino-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

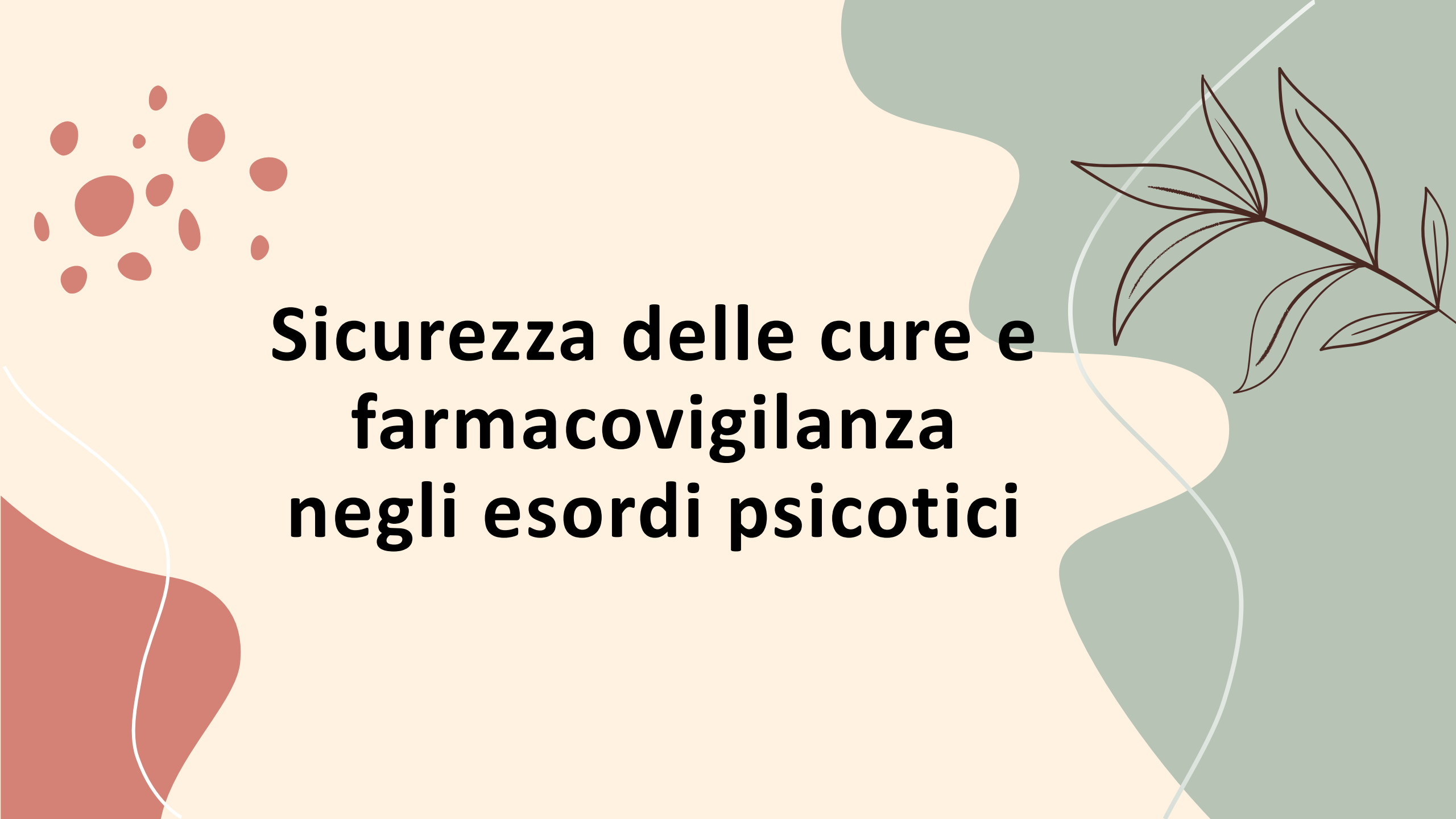
Codici ICD-10

Codici Z Diagnosi Sociali

- Persone con potenziali problemi di salute legati a condizioni socioeconomiche o a circostanze psicosociali (Z55-Z65)

Codici R

- Sintomi e segni che interessano le facoltà cognitive, la percezione, lo stato emotivo e il comportamento (R40-R46)

The background features a light beige base with large, flowing abstract shapes in muted red and sage green. In the top left, there is a cluster of red circles of varying sizes. On the right side, a dark brown line drawing of a plant branch with several pointed leaves extends across the frame.

Sicurezza delle cure e farmacovigilanza negli esordi psicotici

Il ruolo del farmacista

PRESCRIZIONE



Supporto alla prescrizione e verifica delle indicazioni terapeutiche

MONITORAGGIO



Valutazione di interazioni e controindicazioni

ADERENZA



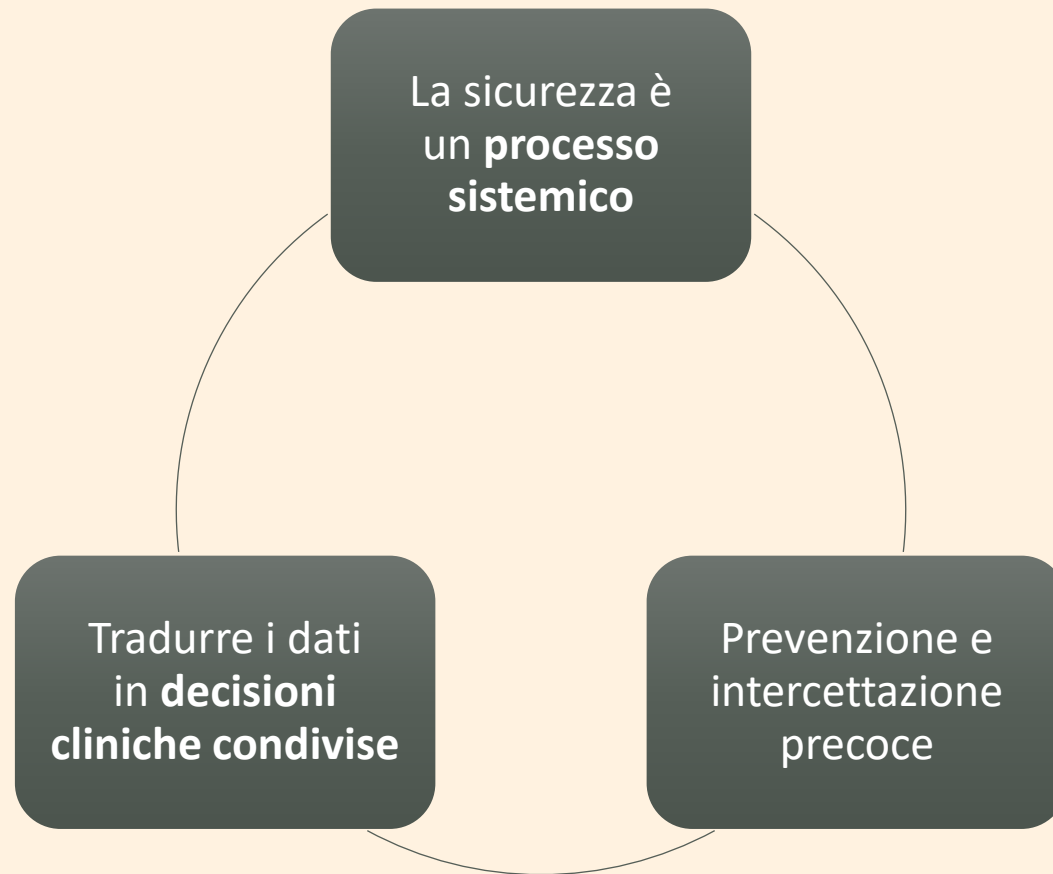
Educazione all'aderenza e monitoraggio, controllo della tollerabilità e di eventuali sospette reazioni avverse

COMUNICAZIONE



Collaborazione con CSM e MMG per continuità di cura

La sicurezza come processo continuo



La farmacovigilanza: da obbligo a cultura

La **farmacovigilanza** è l' «Insieme delle attività che contribuiscono alla tutela della salute pubblica. Esse infatti sono finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, per assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.»



Aree di vulnerabilità – sicurezza negli esordi psicotici



Scarsa aderenza terapeutica

Giovane età, rifiuto della diagnosi, interruzioni precoci del trattamento



Polifarmacoterapia nella fase acuta

Associazioni terapeutiche complesse, rischio di interazioni e sovrapposizioni



Variabilità clinica e metabolica

Differenze individuali nella risposta e nella tollerabilità

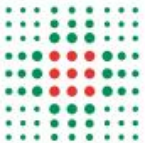


Comunicazione e continuità di cura

Rischio di disallineamento tra ospedale, CSM e territorio

Studio CLOET: metodologia e collaborazione multidisciplinare

PS01-0216



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

38th ECNP Congress

11-14 October 2025 | Amsterdam, The Netherlands



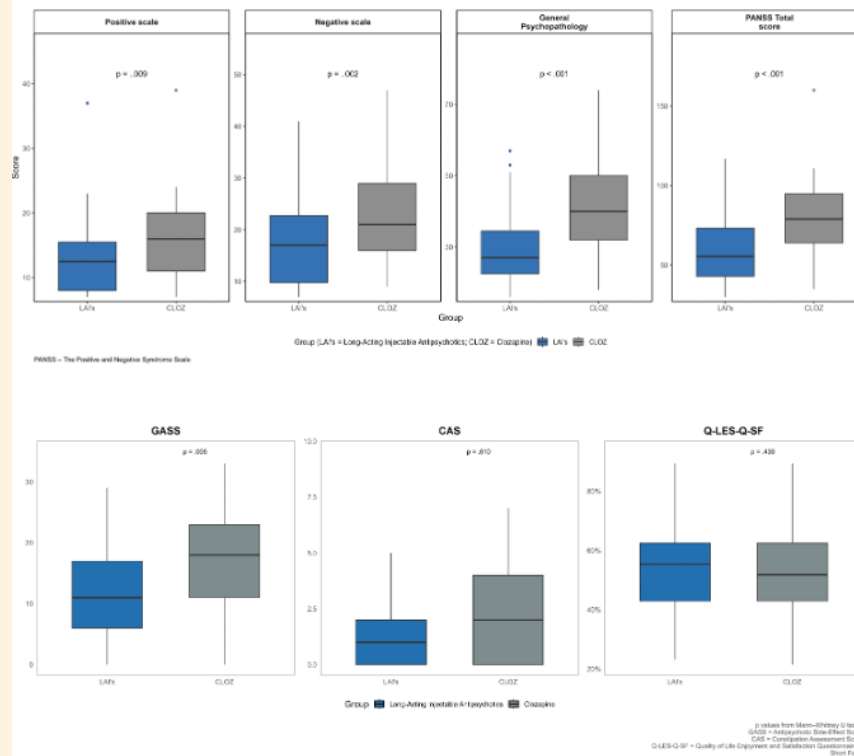
Clozapine: efficacy and tolerability compared to long-acting injectable antipsychotics. Preliminary data from a real-world study

Pellegrini Clara¹, Hasa Claudia², Tadonio Leonardo¹, Caselli Claudia¹, Negri Giovanna², Breviario Giancarlo¹

A real-world observational study was conducted at the Parma Mental Health Center to evaluate safety, tolerability, and efficacy of clozapine in patients with treatment-resistant schizophrenia

Studio CLOET: risultati e implicazioni per la sicurezza

RESULTS

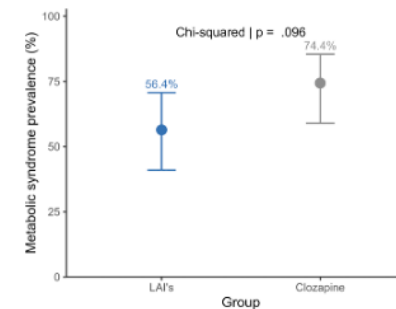


Patients in the clozapine group showed significantly higher **PANSS** total scores compared to those treated with LAIs (Median = 79 vs. 55.5; $p < .001$; $r = .425$), indicating greater overall symptom severity in the clozapine group. The largest effect was observed for positive symptoms ($r_{rb} = -0.713$).

The clozapine group reported significantly more **antipsychotic-related side** effects than the LAIs group (Median GASS = 18 vs. 11; $p = .006$), with notable items including sedation, dizziness, and sialorrhea. No significant group difference was observed in constipation symptoms (CAS scores; $p = .615$).

Quality of life did not significantly differ between groups ($p = .427$), despite differences in side effect profiles and symptom severity.

A trend towards higher **MetS** prevalence was observed in the clozapine group (74.4% vs. 56.4%), but this did not reach significance (Prevalence Ratio [PR] = 1.32, 95% CI 0.95–1.84).



Farmacovigilanza: dai dati alle raccomandazioni ai documenti e percorsi operativi

Nota Informativa Importante di Sicurezza (NIIS) – Clozapina e rischio di neutropenia e agranulocitosi: il PRAC aggiorna le raccomandazioni per il monitoraggio dell'emocromo

Il PRAC ha aggiornato le raccomandazioni per il controllo ematologico nei pazienti in trattamento con clozapina. Questo medicinale, indicato per la schizofrenia resistente e i disturbi psicotici nel morbo di Parkinson, può aumentare il rischio di neutropenia (riduzione dei neutrofili) e agranulocitosi.

Per ridurre al minimo questo rischio, è previsto un monitoraggio regolare dell'emocromo, ora semplificato e basato esclusivamente sulla conta assoluta dei neutrofili (ANC), considerata il parametro più affidabile.

In sintesi, le nuove raccomandazioni prevedono:

- **Soglie per il trattamento:** ANC $\geq 1.500/\text{mm}^3$ nella popolazione generale; ANC $\geq 1.000/\text{mm}^3$ nei pazienti con neutropenia etnica benigna (BEN).
- **Frequenza dei controlli:** settimanali nelle prime 18 settimane, mensili fino al termine del primo anno, poi ogni 12 settimane; dopo due anni di trattamento stabile senza episodi di neutropenia, i controlli possono essere annuali.

Il rischio di neutropenia è maggiore durante il primo anno di terapia; successivamente tende a ridursi. Le nuove indicazioni saranno riportate negli stampati dei medicinali a base di clozapina.

Piano Terapeutico per la prescrizione della Clozapina

nel trattamento delle psicosi gravi nei pazienti seguiti dai Servizi psichiatrici e di salute mentale individuati dalla Regione Emilia-Romagna e nel trattamento dei disturbi comportamentali e psicosi nei pazienti con Morbo di Parkinson

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita _____ sesso ☐ M ☐ F Codice fiscale _____
Residente a _____ in via _____ Tel. _____
Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

Diagnosi

- ☐ Paziente schizofrenico resistente al trattamento
☐ Paziente schizofrenico che presenta reazioni avverse gravi di tipo neurologico non trattabile con gli altri farmaci antipsicotici, compresi gli antipsicotici atipici
☐ Disturbi psicotici in corso di Malattia di Parkinson, dopo il fallimento di una gestione terapeutica classica.

Prescrizione

- ☐ prima prescrizione ☐ prosecuzione del trattamento

Per la prescrizione di clozapina: è stata effettuata la conta dei granulociti neutrofili? SI ☐ NO ☐

Eventuale data di controllo prevista: ____/____/____

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____

La prescrizione/prosecuzione del trattamento ed il monitoraggio degli eventi avversi, in particolare ematologici, devono avvenire in accordo con quanto previsto dall'RCP del farmaco.

Conta ematologica	Azioni necessarie secondo RCP
Granulociti neutrofili/mm ³ (f/l)	
$\geq 1.500 (\geq 1,5 \times 10^9)$	Prosecuzione trattamento con clozapina
1.000-1.500 ($1,0 \times 10^9$ - $1,5 \times 10^9$)	Prosecuzione trattamento con clozapina, emocromo due volte a settimana sino a stabilizzazione o aumento dei valori*
<1.000 (< $1,0 \times 10^9$)	Interruzione immediata trattamento con clozapina, emocromo giornaliero sino a normalizzazione, monitoraggio per eventuali infezioni. Non riesporre il paziente al farmaco*

*nei pazienti con neutropenia etnica benigna gli intervalli da considerare sono, rispettivamente 500-1.000 e < 500 granulociti neutrofili/mm³ (f/l)

EVENTUALI ALTRI FARMACI ASSUNTI	Forma farmaceutica	dosaggio	Posologia e orari				
			...	...	...	...	al bisogno*

* terapia al bisogno subordinata alla verifica dei seguenti sintomi/problemi comportamentali _____

La quantità di farmaco dispensata ad ogni erogazione non deve superare le 4 settimane di terapia, nell'ambito della validità del Piano terapeutico.

Validità del Piano terapeutico: nel 1° anno di terapia: non superiore a 6 mesi; a partire dal 2° anno: la durata massima può arrivare a 12 mesi nei pazienti stabili.

La CRF ritiene che poiché come da raccomandazioni contenute nella Nota informativa importante dell'8.09.2025 (https://www.aifa.gov.it/documents/20142/2695701/2025_09_08_NII_clozapina_IT.pdf) nei pazienti che hanno interrotto il trattamento per ≥ 4 settimane la conta degli ANC deve essere monitorata settimanalmente e il dosaggio di clozapina deve essere rititolato, indipendentemente dalla precedente durata del trattamento e da pregressa neutropenia lieve, il Piano terapeutico debba rispettare le durate previste per i pazienti naïve.

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____

Esempi di farmacovigilanza nella pratica clinica

Monitoraggio attivo della tollerabilità

- Rilevazione precoce di eventi avversi (aumento ponderale, sonnolenza, sintomi extrapiramidali, alterazioni ematiche)
- Revisione periodica dei parametri clinici

Gestione delle interazioni farmacologiche

- Valutazione periodica di farmaci concomitanti
- Attenzione a fattori metabolici (CYP1A2, CYP3A4, fumo, caffeina)

Aderenza e segnalazione

- Identificazione di sospensioni precoci o scarsa tollerabilità
- Counseling al paziente e interventi di aderenza
- Segnalazioni al Responsabile Locale di Farmacovigilanza (RLF)

La sicurezza come dimensione della qualità delle cure



CULTURA, PROMUOVERE LA SICUREZZA
DEL RISCHIO E L'USO APPROPRIATO DEI
FARMACI



COLLABORAZIONE: INTEGRAZIONE
COMPETENZE E LINGUAGGI TRA
SERVIZI



SICUREZZA: TRADURRE LE
CONOSCENZE IN PRATICHE CLINICHE
SICURE E PERCORSI CONDIVISI