

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

RACCOMANDAZIONI REGIONALI

te adolescenza **neuropsic**  
sichiatria **infanzia** salute **dipende**  
mentale adolesc  
**dipendenze** patologiche **a**  
ute **adolescenza** adulti r  
salute mentale **dipendenze**  
adulti **patologiche**



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

**RACCOMANDAZIONI REGIONALI**

Allegato alla Circolare n. 1 del 07/02/2017 della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare

Questo documento è consultabile sul portale E-R Salute  
<http://salute.regione.emilia-romagna.it>

stampa Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna  
Bologna, febbraio 2017

Chiunque è autorizzato a fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte

## **INDICE**

<b>Introduzione e scopo del documento</b>	<b>1</b>
<b>1. Percorso e metodologia</b>	<b>3</b>
<b>2. Analisi dell'utilizzo dei Servizi</b>	<b>6</b>
<b>3. Raccomandazioni trasversali</b>	<b>20</b>
<b>4. Raccomandazioni specifiche</b>	<b>33</b>
<b>5. Configurazione dei servizi</b>	<b>46</b>
<b>Glossario</b>	<b>50</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>52</b>



## Introduzione e scopo del documento

Il documento “Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti” ha lo scopo di presentare le raccomandazioni della Regione Emilia-Romagna sugli interventi terapeutici rivolti alle persone adolescenti e giovani adulte che presentano disturbi psichici e/o del comportamento, o significativi livelli di rischio per disturbi psichici e/o del comportamento. Il documento si pone in continuità con le linee di indirizzo regionali “Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto Adolescenza” di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n. 590/2013. Rappresentano in particolare lo sviluppo delle indicazioni relative alle caratteristiche fondanti dei percorsi di cura per gli adolescenti, dove si richiamava la necessità di:

- *organizzare percorsi di cura dedicati ad accesso facilitato;*
- *garantire continuità e trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione del rischio e cura (operatori formati sull'adolescenza; tempestività nel riconoscimento e trattamento dei fattori di rischio; privilegiare la consultazione e l'intervento breve);*
- *offrire uno spazio di consultazione per genitori e adulti di riferimento.*

Il documento si rivolge primariamente ai Dipartimenti Salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) e ai Dipartimenti Cure primarie (DCP), in particolare alla componente dei consultori, affinché riorganizzino l'intervento con persone adolescenti e giovani adulte, coerentemente con le evidenze presentate nelle linee guida internazionali, secondo i principi di tempestività, integrazione funzionale tra le diverse équipe e prioritarizzazione degli interventi meno invasivi. Per quest'ultima ragione, pur essendo dirette alle unità operative del DSM-DP, e ai DCP, le raccomandazioni devono essere diffuse ai Servizi sociali degli Enti locali che rappresentano, nell'ottica della piena integrazione tra sanitario e sociale, le più dirette interfacce degli interventi di carattere clinico.

Le raccomandazioni contenute in questo documento dovranno essere progressivamente implementate attraverso un'azione programmatica coordinata a livello regionale e monitorata attraverso indicatori che misurano nel tempo le variazioni organizzative e di processo e i risultati di esito connessi.

Il documento si articola in cinque capitoli:

1. **Percorso e metodologia** descrive le modalità attraverso le quali si è pervenuto alla stesura finale del documento;
2. **Analisi dell'utilizzo dei Servizi** presenta i dati sulla popolazione di età compresa tra i 14 e i 25 anni seguita in regione Emilia-Romagna per disturbi psichici e/o del comportamento;
3. **Raccomandazioni trasversali** definisce le modalità di carattere generale con le quali deve essere istruito l'intervento clinico. Si tratta di un insieme di standard operativi che hanno carattere non specifico rispetto alle diverse aree nosografiche individuate;
4. **Raccomandazioni specifiche** definisce alcuni degli interventi di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti in coerenza con documenti e/o linee di indirizzo elaborati negli ultimi anni dalla Regione Emilia-Romagna per orientare le caratteristiche degli interventi su particolari popolazioni cliniche di persone adolescenti e giovani adulte;
5. **Configurazione dei servizi** per i percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti individua le caratteristiche organizzative che devono sostenere l'adeguamento dell'offerta di cura alle raccomandazioni trasversali e specifiche.

Il documento **Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti** si compone prevalentemente di raccomandazioni formulate come indicazioni operative desunte da linee guida nazionali ed internazionali, o altri documenti di indirizzo di carattere regionale. I destinatari delle raccomandazioni sono chiaramente identificati in alcuni soggetti chiave: il Dipartimento Salute mentale e dipendenze patologiche, con le strutture di riferimento della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della salute mentale adulti, e delle dipendenze patologiche; il Dipartimento Cure primarie con le articolazioni degli Spazi giovani e dei consultori. Alcune raccomandazioni della parte organizzativa sono riferite alle direzioni aziendali. Le raccomandazioni specifiche, riguardanti le aree cliniche, sono dirette elettivamente ai professionisti dei servizi su indicati.

Le sezioni 3 e 4 (Raccomandazioni trasversali e specifiche) sono strutturate in colonne, una più ampia centrale riporta il testo delle raccomandazioni, mentre quella di sinistra riporta l'indicazione della fonte di letteratura alla quale la raccomandazione fa riferimento o ne discende direttamente. La terza colonna, quella di destra, riporta il grado di evidenza ed esprime la forza della raccomandazione. La lettera A indica raccomandazioni sostenute da evidenze desunte da studi primari; la lettera B indica raccomandazioni sostenute da studi secondari; e infine C indica raccomandazioni declinate sulla base del consenso tra esperti o desunte da studi e/o scritti di letteratura cosiddetta grigia.

### **Il gruppo di lavoro**

Il documento "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" è stato elaborato ed approvato da un tavolo di lavoro molto ampio composto dai seguenti professionisti di diversa estrazione professionale ed area funzionale di appartenenza, interna o esterna al Servizio Sanitario Regionale:

Avveduti Paola, AUSL della Romagna  
Ballini Luciana, Agenzia sanitaria e sociale regionale  
Battini Marco, Centro Soc. Papa Giovanni XXIII Reggio Emilia  
Bezzi Barbara, AUSL Parma  
Bosi Maria Pia, AUSL Modena  
Cappai Michela, Regione Emilia-Romagna  
Costa Stefano, AUSL Bologna  
Di Stani Marinella, AUSL della Romagna  
Francia Franca, Regione Emilia-Romagna  
Garimberti Roberta, AUSL Bologna  
Garofani Luisa, AUSL Ferrara  
Ghiretti Fiorello, AUSL Reggio Emilia  
Guerra Patrizia, Centro Famiglie Casalecchio di Reno  
Guidomei Stefania, AUSL Bologna  
Marzi Nora, AUSL Modena  
Mazzi Fausto, AUSL Modena  
Meduri Annarita, AUSL Piacenza  
Paladino Mariateresa, Regione Emilia-Romagna  
Palazzi Stefano, AUSL Ferrara  
Pari Cinzia, AUSL della Romagna  
Pascucci Maria Grazia, Regione Emilia-Romagna  
Pozzi Caterina, Coop Opengroup Bologna  
Rivola Caterina, Coop Il Millepiedi Rimini  
Sanza Michele, Regione Emilia-Romagna  
Soli Paolo, Regione Emilia-Romagna  
Stella Marusca, AUSL della Romagna  
Tullini Andrea, AUSL della Romagna  
Vanni Fabio, AUSL Parma  
Vignali Roberto, Coop Il Millepiedi Rimini  
Vignatelli Luca, Regione Emilia-Romagna  
Zullo Federico, Comunità Opera Don Calabria Ferrara

Referente del gruppo Michele Sanza

Nell'ambito del gruppo di lavoro è stato individuato uno staff tecnico scientifico così composto: Luciana Ballini, Michela Cappai, Stefano Costa, Franca Francia, Fausto Mazzi, Mariateresa Paladino, Michele Sanza, Alessio Saponaro, Marusca Stella, Luca Vignatelli.

Il Gruppo di lavoro e lo staff tecnico scientifico sono stati costituiti con atto del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 4042 del 27/03/2014.

## 1. Percorso e metodologia

Il tavolo di lavoro **Percorsi clinici per adolescenti e giovani adulti** ha ricevuto mandato di elaborare un insieme di raccomandazioni sulle caratteristiche degli interventi terapeutici per i fabbisogni di salute mentale espressi da persone di età compresa tra i 14 e i 25 anni e dalle loro famiglie. L'esigenza di un quadro regionale di riferimento per le problematiche cliniche ed organizzative della cura di questa popolazione bersaglio ha originato dalla presa d'atto di una rilevante differenza tra le modalità adottate nelle diverse aziende nella definizione dei percorsi rivolti agli adolescenti e ai giovani adulti e dall'analisi delle tendenze epidemiologiche. Queste ultime portano in primo piano situazioni di alta complessità clinica e di gravità espressa, prevalentemente sul piano comportamentale, che richiedono nuovi approcci rispetto a quelli forniti nella impostazione tradizionale dei servizi, i quali non appaiono oggi sufficientemente in grado di incidere sullo stato di salute mentale della popolazione in età target che in una prospettiva di guarigione possibile (recovery) rappresenta una priorità sanitaria e sociale. Occorrono risposte integrate e flessibili per fabbisogni che per loro natura sono evolutivi e occorre garantire il raccordo con i servizi per adulti nell'ottica di una continuità che rafforzi le strategie di prevenzione selettiva e di prevenzione indicata.

I riferimenti metodologici del tavolo di lavoro sono stati i principi di:

- Efficacia evidence based e possibile traslazione nel contesto regionale
- Coerenza con precedenti atti di indirizzo regionali

I presupposti del lavoro svolto sono stati:

- La definizione della popolazione target (salute mentale nella fascia di età 14-25);
- I fabbisogni prevalenti attuali (rilevati attraverso l'analisi delle diagnosi della popolazione trattata da NPIA, Servizi per le dipendenze patologiche, DCA e SPDC). È noto inoltre che esiste una fascia di adolescenti e giovani adulti con fabbisogni clinici che fanno riferimento direttamente all'area consultoriale. Questa parte, di difficile rilevazione con gli strumenti standard del Sistema Informativo regionale, si aggiunge a quella identificata;
- Le pratiche evidence based delle linee guida internazionali;
- L'esame del quadro normativo e delle esperienze consolidate in regione e in particolare il documento delle linee di indirizzo regionali "Progetto Adolescenza";
- L'adattamento delle raccomandazioni delle linee guida al contesto regionale.

### **Composizione del tavolo di lavoro**

---

Il tavolo di lavoro è stato costituito nel rispetto della più ampia rappresentanza delle componenti cliniche di riferimento e dei molteplici attori delle aree del disagio e della promozione della salute degli adolescenti. L'Agenzia sanitaria e sociale regionale è stata coinvolta sugli aspetti metodologici e ha dato un essenziale contributo all'analisi delle linee guida internazionali. La scelta di convogliare competenze cliniche insieme alle altre competenze che operano nell'area degli adolescenti e dei giovani adulti è parsa obbligata per non restringere le raccomandazioni sulle buone prassi a mere indicazioni di carattere terapeutico. Si è scelto piuttosto di lavorare con tutti i professionisti e i soggetti che consentissero di attualizzare il percorso di cura orientandolo alla piena espressione delle competenze dei soggetti trattati, nella prospettiva della crescita evolutiva come primario bisogno di salute attuale e del futuro adulto. In sintesi la finalità generale della recovery è stata fin dall'inizio punto di riferimento e cornice concettuale di riferimento che si è riflessa nella composizione del gruppo di lavoro.

Il tavolo, costituito con atto n. 4042/2014, è stato successivamente suddiviso in gruppi di lavoro identificati per le fasi del percorso clinico assistenziale (Fattori di rischio; Diagnosi/Assessment; Trattamenti specifici). Per ciascun gruppo è stato identificato un coordinatore. È stato quindi costituito un comitato scientifico che ha presieduto alla metodologia generale e al coordinamento delle diverse fasi di lavoro.

## Lo staff tecnico scientifico

---

Lo staff tecnico scientifico, composto da Michele Sanza, Luciana Ballini, Michela Cappai, Franca Francia, Mariateresa Paladino e dai coordinatori dei tre sottogruppi (Marusca Stella, Fausto Mazzi, Stefano Costa) ha condiviso la sequenza della metodologia di lavoro: definizione dei quesiti – analisi della letteratura per la copertura dei quesiti – consenso strutturato sulle aree grigie non coperte dalle raccomandazioni delle linee guida – adattamento delle raccomandazioni alla luce del quadro normativo e della documentazione regionale di riferimento.



## Sottogruppo Fattori di rischio

---

Coordinatrice Marusca Stella

Ha individuato le aree di interesse specifico:

1. Fattori di rischio e psicopatologia in adolescenza;
2. Fattori di rischio ed effetti sull'identità, immagine di sé ed immagine corporea in adolescenza;
3. Fattori di rischio e aree diagnostiche prioritarie quali: depressione materna/puerperio e attaccamento; eventi di vita stressanti; patologia cronica; problematiche della genitorialità, abuso/maltrattamento e trauma; percorsi di affido e adozione;
4. Interventi di prevenzione efficaci, accessibilità ai servizi, tempi di cura, interventi sulla genitorialità;
5. Abbandono scolastico ed impatto come fattore di rischio per la psicopatologia;
6. Trauma, abuso, maltrattamento e percorsi affido/adozione nonché percorsi giuridici.

## Sottogruppo Assessment/Diagnosi

---

Coordinatore Fausto Mazzi

Ha definito i principi di carattere generale per la valutazione clinica in adolescenza:

1. utilizzare come metodo generale quello di identificare dei principi guida che riguardano l'intera adolescenza, in particolare sui temi della alleanza terapeutica, del contratto terapeutico e del ruolo della famiglia;
2. valutare non solo gli aspetti deficitari dell'individuo ma anche le sue potenzialità (RECOVERY), in particolare considerando la fascia d'età prevista dalle attività di valutazione e consultazione;
3. considerare l'applicazione operativa degli interventi terapeutici (quando gli interventi sono coerenti con i riferimenti teorici) legando inoltre gli interventi agli esiti. Analisi prospettica di alcuni aspetti organizzativi che hanno impatto sui processi valutativi:
  - a. punti di accesso per gli adolescenti, considerando che l'accesso ai servizi sanitari è molto regolamentato e poco utilizzato mentre risultano più appetibili luoghi quali Spazi giovani e consultori;
  - b. i vari setting in cui è possibile/richiesta la valutazione per gli adolescenti;
  - c. le implicazioni legali della fase di osservazione/valutazione/consultazione (consenso al trattamento sanitario nelle sue varie accezioni).

## **Sottogruppo trattamenti**

---

Coordinatore Stefano Costa

Ha identificato le problematiche della tempistica in cui iniziare il trattamento e quello dell'attenzione all'approccio che assicuri la massima adesione al trattamento. Primaria attenzione deve essere riposta nella adesione, attraverso la costruzione di una relazione (che richiede tempo) sia con il ragazzo, sia con la famiglia. È stato indicato l'obiettivo di una co-costruzione del trattamento con un contratto che specifichi gli obiettivi. Si è evidenziato che molti adolescenti in trattamento nei servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche erano stati seguiti dalla neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA), ma questo dato viene scarsamente trasmesso se non nei casi di presenza di disturbi gravi del comportamento. Elemento centrale del trattamento è la costruzione di una relazione significativa fra adulto e ragazzo che crei fiducia. È stato valorizzato l'aspetto multiprofessionale con il confronto fra i diversi attori del trattamento.

## 2. Analisi dell'utilizzo dei Servizi

Il quadro epidemiologico è stato ricostruito principalmente attraverso l'analisi dell'utilizzo dei servizi del Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche da parte dei ragazzi e giovani adulti di età compresa tra i 14 e i 25 anni con diagnosi di tipo psicopatologico. La selezione dei gruppi diagnostici è stata effettuata in coerenza con i sistemi informativi dei servizi e dei relativi sistemi nosografici adottati, individuando i codici corrispondenti a tre macro aree diagnostiche di riferimento:

- a. Area delle Psicosi;
- b. Area dei Disturbi esternalizzanti;
- c. Area dei Disturbi internalizzanti.

A loro volta le tre macro aree diagnostiche sono state scomposte in ulteriori sette aggregati:

1. Disturbi da abuso di sostanze;
2. Schizofrenia e altri disturbi psicotici;
3. Disturbi dell'umore;
4. Disturbi d'ansia;
5. Disturbi dell'alimentazione;
6. Disturbi di personalità;
7. ADHD e Disturbi della condotta.

Sono stati individuati, con metodologia di consenso, i codici afferenti agli 8 aggregati dei due sistemi nosografici di riferimento per i servizi oggetto dell'indagine: ICD9 (salute mentale adulti e servizi ospedalieri) e ICD10 (neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e dipendenze patologiche).

L'individuazione dei codici nosografici è consistita in un percorso di consenso tra clinici che ha coinvolto diversi soggetti:

Soggetti coinvolti	Percorso di consenso
Coordinatore Comitato tecnico scientifico (CTS) e referente regionale sistema informativo salute mentale e dipendenze patologiche	Elaborazione di una prima bozza ICD9 e transcodifica ICD10
Comitato tecnico scientifico	Prima revisione della bozza
Coordinatore Comitato tecnico scientifico (CTS), referente regionale sistema informativo salute mentale e dipendenze patologiche, coordinatore NPIA	Seconda revisione della bozza
Coordinatore Comitato tecnico scientifico (CTS) e referente regionale sistema informativo salute mentale e dipendenze patologiche	Interrogazione dei flussi SISM, SIDER e SINPIAER con analisi dei codici esclusi
Coordinatore Comitato tecnico scientifico (CTS) e referente regionale sistema informativo salute mentale e dipendenze patologiche	Reinserimento di alcuni codici inizialmente non inclusi nella bozza per criteri di numerosità e di affinità con le diagnosi principali
Comitato tecnico scientifico	Validazione finale della tabella elenco codici e transcodifica ICD9-ICD10

## Codici diagnostici selezionati

I codici rappresentati in tabella identificano le condizioni di rilievo psicopatologico presenti nei servizi, escludendo le codifiche non cliniche e, soprattutto per quanto riguarda la NPIA, le diagnosi di patologie neurologiche ed internistiche. È stata fatta la scelta di non considerare il Ritardo mentale e i Disturbi pervasivi dello sviluppo in quanto i relativi percorsi di cura seguono traiettorie solo parzialmente implicate con interventi di salute mentale.

### Diagnosi selezionate per disturbi internalizzanti, esternalizzanti e psicosi (in breve Disturbi psichici)

Aree	ICD10 NPIA e SerT	ICD9 Salute mentale adulti
Sostanze psicotrope	F1*, F55*	291*, 292*, 303*, 304*, 305*, 30993
Schizofrenia e disturbi psicotici	F20*, F21*, F22*, F23*, F24*, F25*, F26*, F27*, F28*, F29*	295*, 298*(-2980), 297*
Disturbi umore	F3*	296*, 3004, 3090, 3091, 311, 2980
Disturbi ansia	F4*	300*, 313, 3130, 3131, 3132*, 3133, 3139, 3092*, 30981, 3138*, 3099
Disturbi alimentazione	F50*	3071, 3075*
Disturbi di personalità	F60*, F61*, F62*, F63*, F68*	301*, 31382
ADHD - Disturbi della condotta	F90*, F91*, F92*	314*, 312*, 3093, 3094, 31381
<p><b>Note metodologiche</b>  Sono state escluse alcune diagnosi:  - diagnosi di ritardo mentale  - diagnosi non cliniche o condizioni sociali (ad esempio l'asse Z dell'ICD10)</p>		

Una volta costituiti i filtri per la selezione delle popolazioni coinvolte nella ricerca, i dati epidemiologici relativi all'utilizzo dei servizi di salute mentale da parte dei giovani di età compresa tra i 14 e i 25 anni per i disturbi psichici selezionati sono stati elaborati dal Servizio Assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna (Area Salute mentale e dipendenze patologiche). In particolare sono stati estratti dai flussi SINPIAER – Sistema informativo dei servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza; SIDER - Sistema informativo dei Servizi per le dipendenze; SISM - Sistema informativo dei Servizi di Salute mentale adulti; SDO - Schede di dimissione ospedaliera. I sistemi nosografici di riferimento per i servizi coinvolti nella ricerca sono: ICD10 per dipendenze patologiche e NPIA, ICD9-CM per salute mentale adulti. L'arco temporale osservato per la valutazione delle tendenze è compreso tra il 2010 e il 2015 ad eccezione del flusso SISM revisionato nel 2013. L'utenza oggetto di analisi è stata selezionata in base a 3 criteri: diagnosi, età compresa tra 14 e 25 anni e l'aver avuto un contatto o un percorso clinico assistenziale nel corso dell'anno esaminato.

Il flusso SIDER non permette l'attribuzione di un codice regionale univoco per cittadino (prog\_paz), pertanto non è stato possibile determinare il numero dei soggetti afferenti ai Servizi per le dipendenze che avessero un trattamento anche presso la NPIA o il CSM.

## Uno sguardo di sintesi sugli adolescenti e giovani (14-25 anni) che accedono ai Servizi (a prescindere dalla diagnosi)

Tabella 1

**Adolescenti e giovani di età 14-25 anni per anno e Servizio**

Anno	NPIA	SerT	Salute mentale adulti	Totale
2010	5.703	3.905	4.719	14.327
2011	6.295	3.648	4.928	14.871
2012	6.999	3.358	5.340	15.697
2013	7.728	3.526	5.222	16.476
2014	8.429	3.803	5.357	17.589
2015	9.035	3.579	5.441	18.055
<b>Var. % 2015/2013</b>	<b>16,9</b>	<b>1,5</b>	<b>4,2</b>	<b>9,6</b>
<b>Var. % 2015/2011</b>	<b>43,5</b>	<b>-1,9</b>	<b>10,4</b>	<b>21,4</b>

Grafico 1

**Andamento numero adolescenti e giovani per anno e Servizio**

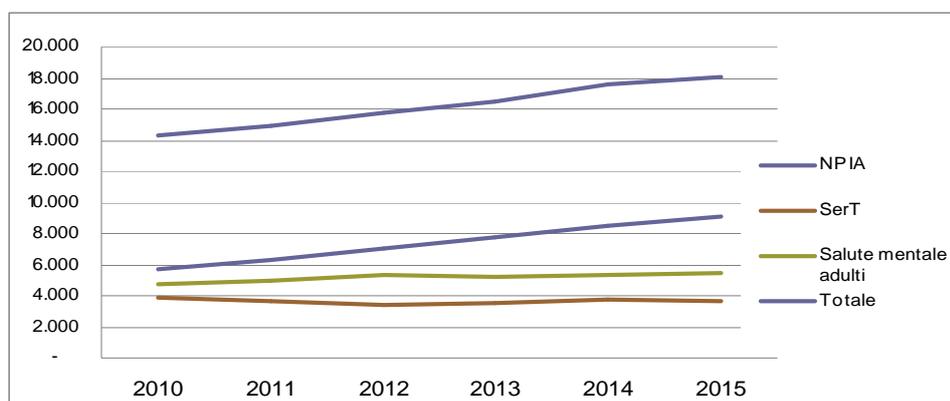
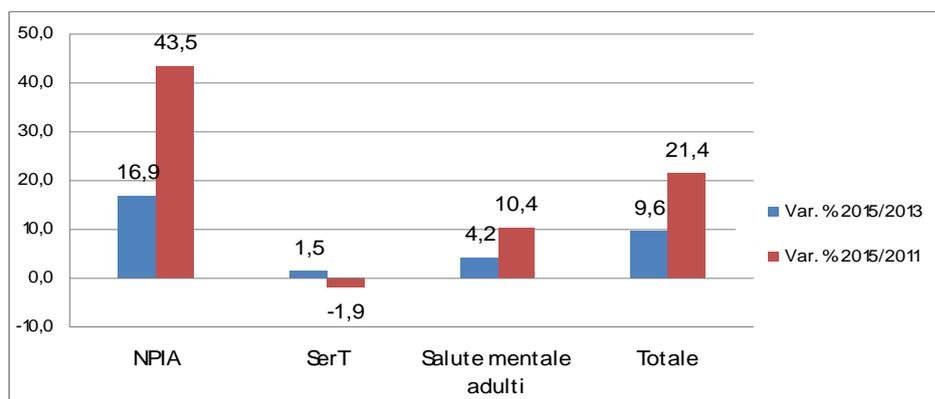


Grafico 2

**Variazioni % dell'utenza tra anni**



La tabella 1 mostra quanti sono stati gli utilizzatori dei servizi del Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche di età compresa tra 14 e 25 anni nel corso del periodo esaminato, indipendentemente dalla diagnosi. È utile osservare che questa popolazione è notevolmente cresciuta nel lasso temporale di riferimento (+21,4%) con valori molto importanti nella NPIA (+43,5%) con un saldo positivo anche CSM (+10,4%) e un dato in flessione nei SerT (-1,9%).

## Numerosità e prevalenza del campione esaminato

La tabella 2 mostra la popolazione che accede ai Servizi **selezionata con diagnosi per disturbi psichici** (internalizzanti, esternalizzanti e psicosi), quali abuso di sostanze psicotrope, Schizofrenia e disturbi psicotici, Disturbi dell'umore, Disturbi d'ansia, Disturbi dell'alimentazione, Disturbi di personalità, ADHD - Disturbi della condotta.

Tabella 2

**Pazienti di età 14-25 anni con disturbi psichici per anno e Servizio (v.a. e variazioni %)**

Anno	NPIA	SerT	SMA	Totale
2010	1.824	1.183		3.007
2011	2.023	1.157		3.180
2012	2.130	1.752		3.882
2013	2.340	1.732	3.937	8.009
2014	2.765	1.697	4.216	8.678
2015	3.039	1.636	4.319	8.994
<b>Var. % 2015/2013</b>	<b>29,9</b>	<b>- 5,5</b>	<b>9,7</b>	<b>12,3</b>

Esaminando il campione oggetto dello studio si evidenzia una popolazione complessiva di 8.994 soggetti, di cui è possibile apprezzare la tendenza solo relativamente all'ultimo periodo (2013-2015). Infatti il flusso SISM (salute mentale adulti) non consentiva negli anni precedenti l'estrazione dei dati filtrati per diagnosi. Nel corso dell'ultimo anno si osserva una flessione (-5,5%) esclusivamente nella popolazione dei Servizi per le dipendenze. Le tendenze degli altri gruppi (popolazione NPIA e CSM per l'ultimo anno) mostrano un andamento crescente.

Grafico 3

**Utenza per Servizi DSM-DP e anno (v.a.)**

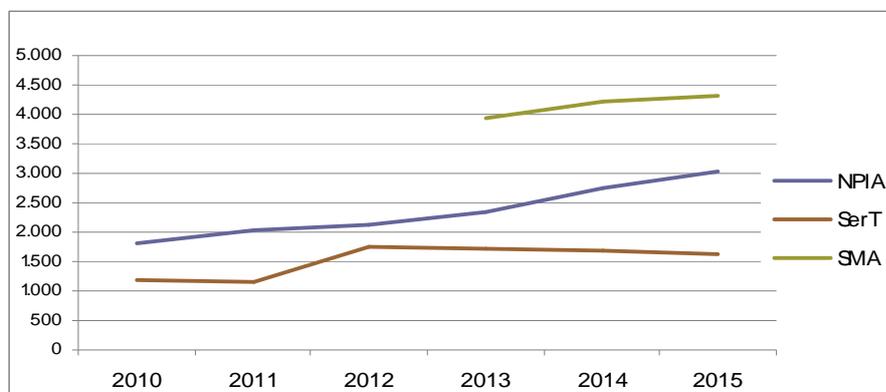
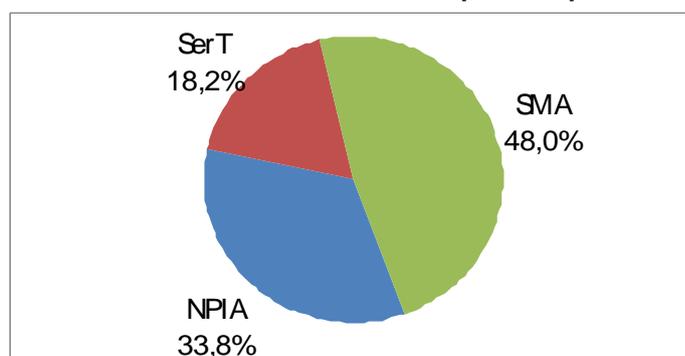


Grafico 4

**Distribuzione % utenza con disturbi psichici per Servizi DSM-DP (2015)**



Il grafico 4 illustra la distribuzione tra i servizi del DSM DP della popolazione oggetto dello studio. Circa metà degli utenti considerati afferisce ai Centri di salute mentale (48,0%), il 33,8% è rappresentato nella NPIA e il 18,2% nei Servizi per le dipendenze. Naturalmente questa composizione risente della eterogeneità delle classi d'età considerate, ma potrebbe anche riflettere i diversi atteggiamenti dei Servizi nei confronti della diagnosi.

Tabella 3

**Utenza servizi DSM-DP con diagnosi di disturbi psichici per AUSL (Anno 2013 e 2015)**

AUSL	NPIA		SerT		SMA		Totale	
	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015
Piacenza	179	251	122	128	311	354	612	733
Parma	223	342	244	170	510	610	977	1.122
Reggio Emilia	249	283	167	161	530	537	946	981
Modena	448	538	250	223	507	575	1.205	1.336
Bologna	506	685	295	306	791	883	1.592	1.874
Imola	109	105	34	40	120	147	263	292
Ferrara	218	311	114	116	254	268	586	695
Romagna	408	524	506	492	914	945	1.828	1.961
RER	2.340	3.039	1.732	1.636	3.937	4.319	8.009	8.994

La tabella 3 analizza la distribuzione del campione nelle diverse aziende della Regione. Si osserva una crescita disomogenea nel periodo 2013-2015, ben rappresentata dal Grafico 5.

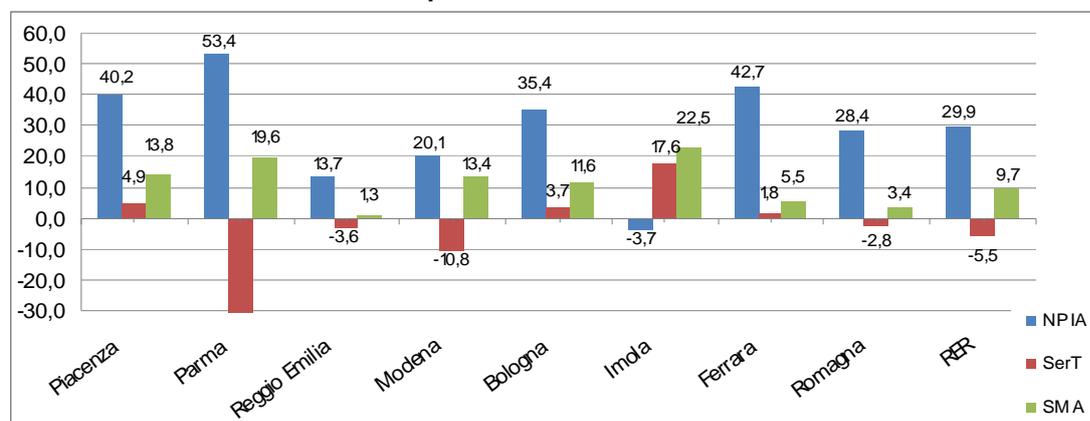
Tabella 4

**Variazioni % utenza 2015/2013**

AUSL	NPIA	SerT	SMA	Totale
Piacenza	40,2	4,9	13,8	19,8
Parma	53,4	-30,3	19,6	14,8
Reggio Emilia	13,7	-3,6	1,3	3,7
Modena	20,1	-10,8	13,4	10,9
Bologna	35,4	3,7	11,6	17,7
Imola	-3,7	17,6	22,5	11,0
Ferrara	42,7	1,8	5,5	18,6
Romagna	28,4	-2,8	3,4	7,3
RER	29,9	-5,5	9,7	12,3

Grafico 5

**Variazione % utenza con disturbi psichici 2015/2013**



Al fine di descrivere con maggiore dettaglio l'accesso della popolazione 14-25 ai servizi dei DSM-DP, è stata analizzata la percentuale dei soggetti in studio rispetto al totale dell'utenza trattata. Nella tabella 5 si evidenzia una variabilità della NPIA compresa tra il 3,7% (Reggio Emilia) e il 9,4% (Ferrara) seguito da Imola (7,6%). Nei Servizi per le dipendenze la forbice è inferiore, infatti se si esclude il valore di Imola, meno significativo dal punto di vista epidemiologico (4,3%), è rappresentata dal minimo di Reggio Emilia (5,2%) contro il massimo di Piacenza e della Romagna (6,2%). Il grafico 6 rende il dato con maggiore efficacia.

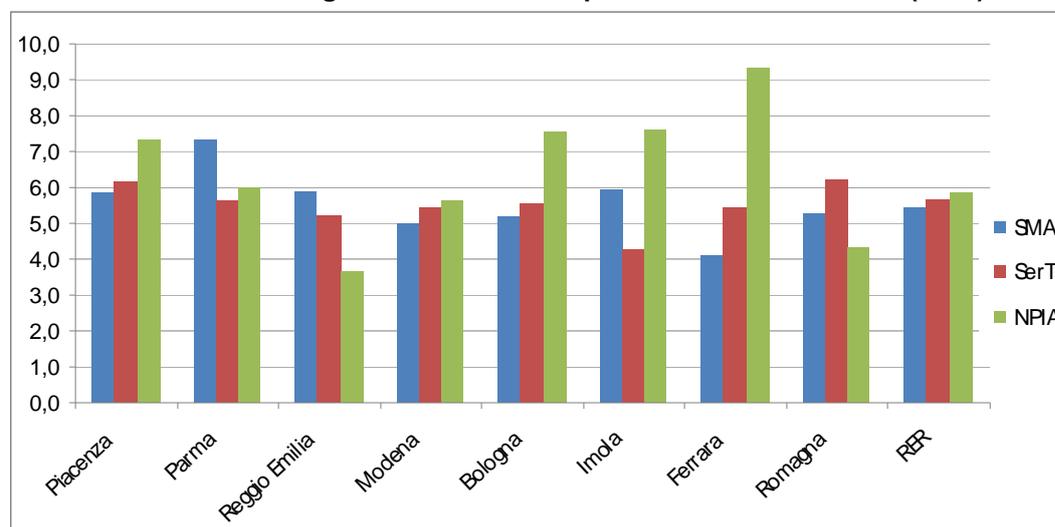
Tabella 5

**% di utenza 14-25 anni con disturbi psichici sul totale utenza dei servizi (anno 2015)**

AUSL	NPIA		SerT		SMA		Totale
	Totale	di cui % utenti 14-25 anni con disturbi psichici	Totale	di cui % utenti 14-25 anni con disturbi psichici	Totale	di cui % utenti 14-25 anni con disturbi psichici	
Piacenza	3.414	7,4	2.069	6,2	6.045	5,9	6,4
Parma	5.696	6,0	3.039	5,6	8.328	7,3	6,6
Reggio	7.719	3,7	3.070	5,2	9.158	5,9	4,9
Modena	9.605	5,6	4.076	5,5	11.482	5,0	5,3
Bologna	9.082	7,5	5.520	5,5	17.101	5,2	5,9
Imola	1.379	7,6	936	4,3	2.477	5,9	6,1
Ferrara	3.326	9,4	2.140	5,4	6.542	4,1	5,8
Romagna	12.020	4,4	7.887	6,2	17.986	5,3	5,2
RER	52.241	5,8	28.737	5,7	79.119	5,5	5,6

Grafico 6

**% di utenti adolescenti e giovani con disturbi psichici sul totale utenza (2015)**



La tabella 6 consente di apprezzare il dato della prevalenza calcolato sulla popolazione generale residente di età 14-25.

Tabella 6

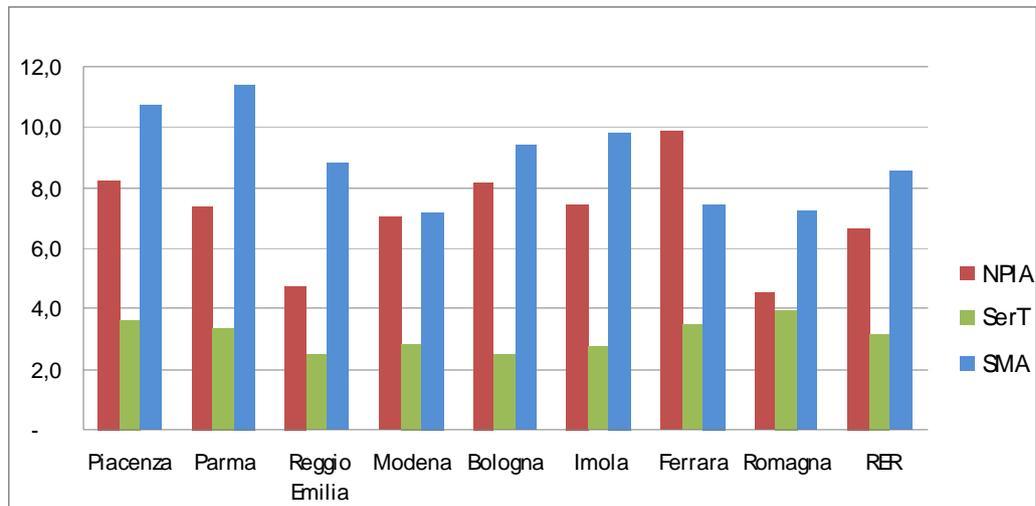
**Prevalenza: utenza con disturbi psichici/residenti target per AUSL e Servizio (anno 2015, Tasso grezzo \*1.000)**

AUSL residenza	Popolazione e target 14-25	NPIA		SerT		SMA	
		14-25enni con disturbi psichici residenti	Rapporto *1.000	14-25enni con disturbi psichici residenti	Rapporto *1.000	14-25enni con disturbi psichici residenti	Rapporto *1.000
Piacenza	30.481	251	8,2	110	3,6	327	10,7
Parma	46.454	342	7,4	157	3,4	530	11,4
Reggio Emilia	59.354	283	4,8	149	2,5	524	8,8
Modena	76.611	538	7,0	218	2,8	550	7,2
Bologna	83.569	685	8,2	212	2,5	788	9,4
Imola	14.051	105	7,5	39	2,8	138	9,8
Ferrara	31.422	311	9,9	109	3,5	235	7,5
Romagna	115.730	524	4,5	455	3,9	843	7,3
RER	457.672	3.039	6,6	1.449	3,2	3.935	8,6

*Sono stati esclusi i residenti in altre regioni e all'estero*

Grafico 7

**Prevalenza per Servizio (2015, Tasso \* 1.000)**



## Caratteristiche socio-anagrafiche - Anno 2015

Si descrive la numerosità del campione distinto per classi di età e per servizio di afferenza.

Tabella 7

**Utenti per classe di età e Servizio (2015, v.a.)**

Singolo anno d'età	NPIA	SerT	SMA	Totale
14	811	2	35	848
15	744	12	64	820
16	711	38	76	825
17	531	66	187	784
18	172	97	422	691
19	46	104	424	574
20	21	156	485	662
21	1	181	467	649
22	1	205	537	743
23		221	518	739
24	1	262	556	819
25		292	548	840
Totale	3.039	1.636	4.319	8.994

Grafico 8

**Utenti DSM-DP per singola età e servizio (2015)**

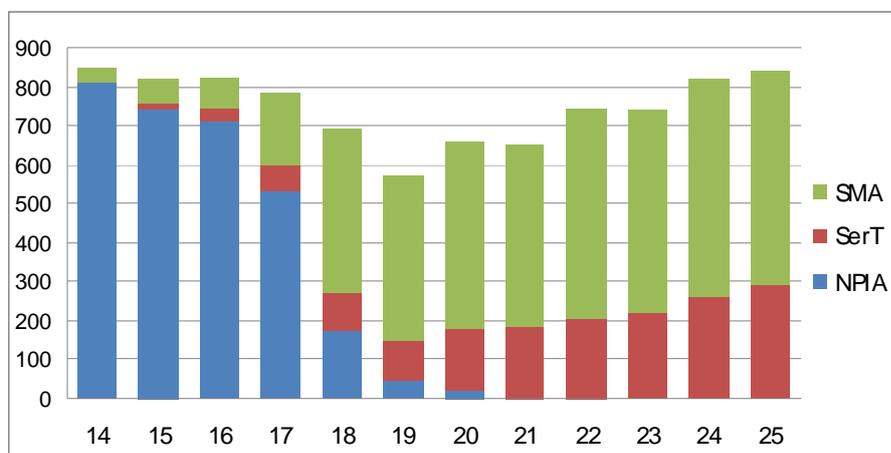


Tabella 8

**Distribuzione % per classe di età e Servizio**

Classe di età	NPIA	SerT	SMA	Totale
14-17	92,0	7,2	8,4	36,4
18-21	7,9	32,9	41,6	28,6
22-25	0,1	59,9	50,0	34,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Grafico 9

**Utenti per classi di età e Servizio (2015, %)**

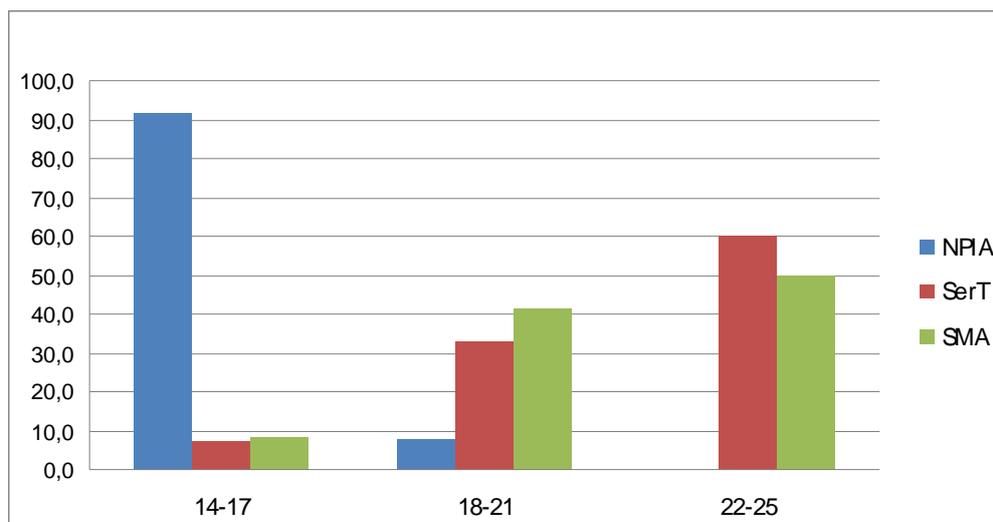


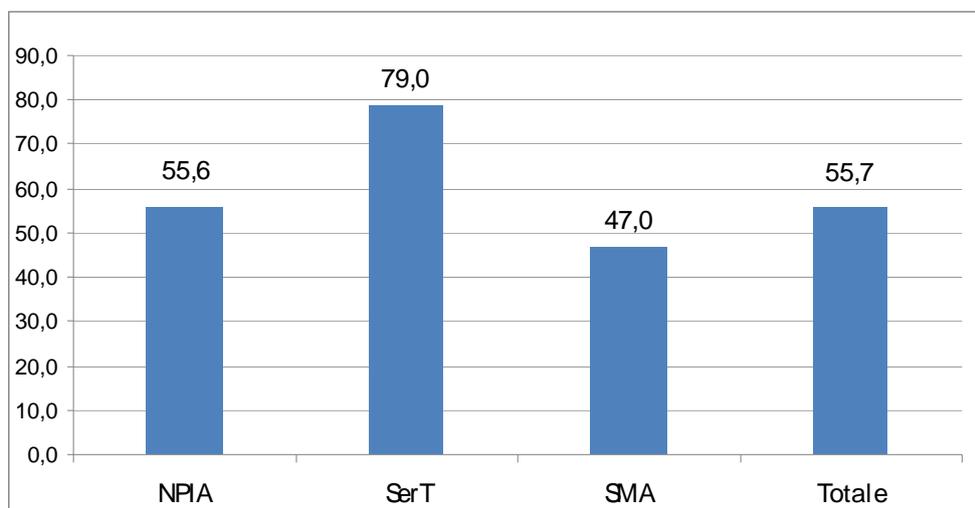
Tabella 9

**Distribuzione per genere e Servizio (2015)**

Genere	NPIA	SerT	SMA	Totale
Maschi	1.689	1.292	2.030	5.011
Femmine	1.350	344	2.289	3.983
Totale	3.039	1.636	4.319	8.994
% maschi	55,6	79,0	47,0	55,7

Grafico 10

**Percentuale utenti maschi per Servizio (2015)**



## Diagnosi

Alcuni pazienti hanno più diagnosi tra quelle selezionate, pertanto il numero di diagnosi è superiore rispetto al numero di pazienti oggetto dell'analisi. I dati si riferiscono all'anno 2015.

I raggruppamenti diagnostici offrono una visione ampia della distribuzione delle patologie nei Servizi dei DSM-DP. Il gruppo più numeroso delle diagnosi osservate è quello dei Disturbi d'ansia (N=2.682), praticamente equivalente a quello dell'abuso di sostanze psicotrope (N=2.258). Il peso relativo dei diversi aggregati si legge meglio espresso in percentuali.

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
Sostanze psicotrope	47	1.882	329	2.258
F93 F94 F95 F98 F99 Disturbi infanzia	736	2	-	738
Totale	3.722	2.011	5.153	10.886

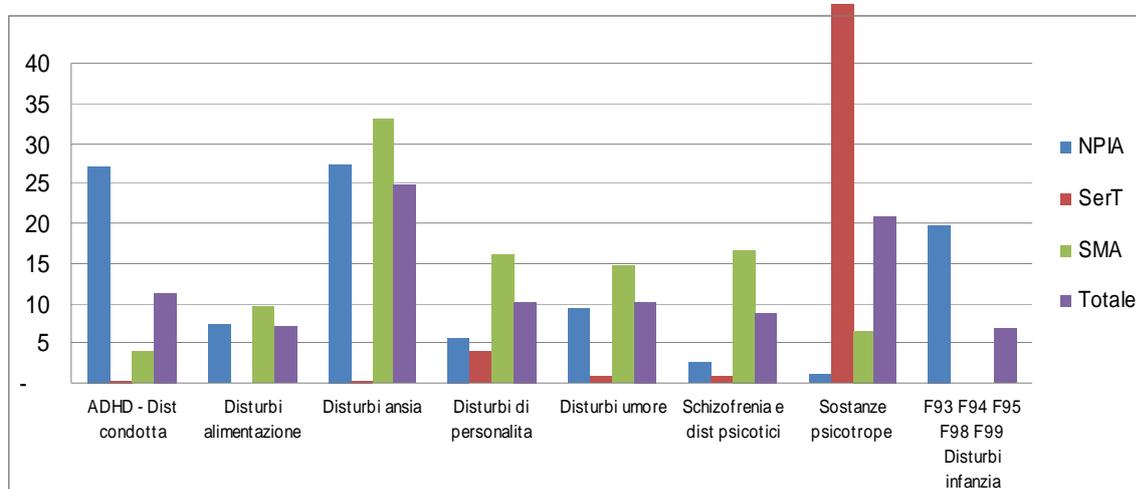
Tabella 11

### Diagnosi formulata per raggruppamento (2015, %)

Aree diagnostiche	NPIA	SerT	SMA	Totale
ADHD - Dist condotta	27	0	3,9	11
Disturbi alimentazione	7	0	9,5	7
Disturbi ansia	27	0	33,0	25
Disturbi di personalita	6	4	16,0	10
Disturbi umore	9	1	14,6	10
Schizofrenia e dist psicotici	2	1	16,5	9
Sostanze psicotrope	1	94	6,5	21
F93 F94 F95 F98 F99 Disturbi infanzia	20	0	-	7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Grafico 11

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



## Ricoveri

Di seguito la tabella riporta i ricoveri effettuati in SPDC e/o SPOI a persone di età compresa tra i 14 e i 25 anni. Sono compresi residenti e non residenti in Emilia-Romagna, ma non è compresa la mobilità sanitaria passiva, ovvero i ricoveri effettuati in strutture fuori regione da residenti dell'Emilia-Romagna.

Tabella 12

### Alcuni indicatori sui ricoveri di adolescenti e giovani in SPDC/SPOI per anno

Anni	Numero di pazienti	Numero ricoveri	Numero medio di ricoveri per paziente
2010	572	964	1,7
2011	618	990	1,6
2012	602	1.011	1,7
2013	632	1.051	1,7
2014	708	1.165	1,6
2015	728	1.166	1,6

Tabella 13

### Alcuni indicatori sulle giornate di ricovero di adolescenti e giovani in SPDC/SPOI per anno

Anno	Totale giornate	Media	Mediana	Valore minimo	Valore massimo	Deviazione Standard
2010	11.463	11,89	7	1	213	15,16
2011	12.089	12,21	8	1	232	16,7
2012	11.388	11,26	7	1	235	14,99
2013	11.814	11,24	7	1	108	12,32
2014	11.669	10,02	7	1	105	10,44
2015	12.615	10,82	7	1	141	12,52

L'andamento del totale dei ricoveri in regione mostra una tendenza all'incremento, sebbene non regolare né costante all'interno delle Aziende USL e dei raggruppamenti diagnostici.

Tabella 14

### Numero di ricoveri di adolescenti e giovani in SPDC/SPOI per AUSL residenza e anno di dimissione

Azienda USL di residenza	Anno di dimissione					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estero	42	45	27	41	29	44
Altre regioni	63	70	70	70	75	65
101 - Piacenza	57	55	61	55	66	56
102 - Parma	94	113	140	118	127	105
103 - Reggio Emilia	93	70	77	100	86	86
104 - Modena	180	185	201	188	181	213
105 - Bologna	184	192	186	183	261	243
106 - Imola	17	22	28	25	41	40
109 - Ferrara	65	56	47	84	80	105
114 - Romagna	169	182	174	187	219	209
Totale	964	990	1.011	1.051	1.165	1.166

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
Disturbi di personalità	236	266	220	238	242	259
Disturbi umore	142	141	154	140	158	142
Sostanze psicotrope	67	73	72	104	116	112
Altro	59	96	81	80	64	82
Disturbi ansia	60	73	66	80	104	80
ADHD - Disturbi condotta	55	22	55	74	75	79
Diagnosi organiche	14	20	25	15	21	22
Disturbi alimentazione	16	14	11	13	12	11
Totale	964	990	1.011	1.051	1.165	1.166

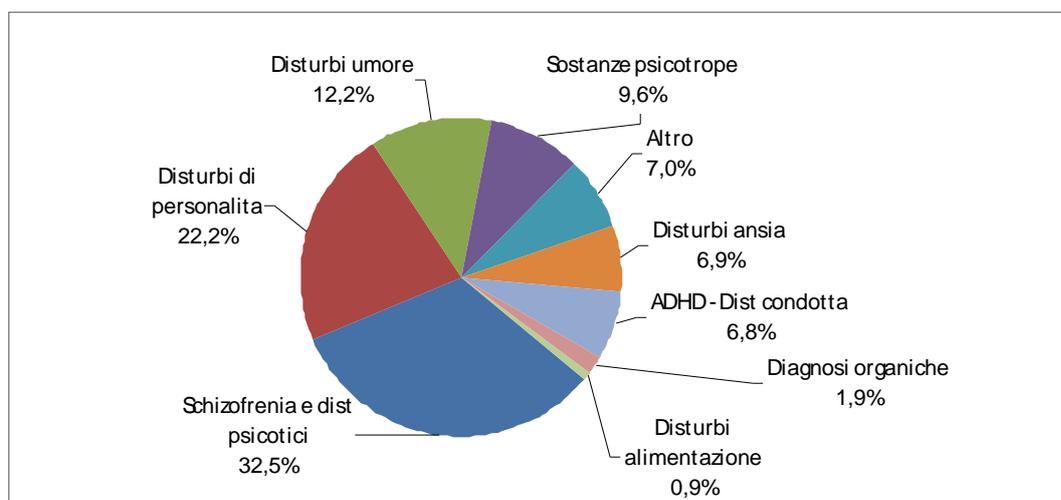
Tabella 16

**Analisi sulla diagnosi principale dei ricoveri. Valori %**

Raggruppamenti diagnostici	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Schizofrenia e disturbi psicotici	32,7	28,8	32,3	29,2	32,0	32,5
Disturbi di personalità	24,5	26,9	21,8	22,6	20,8	22,2
Disturbi umore	14,7	14,2	15,2	13,3	13,6	12,2
Sostanze psicotrope	7,0	7,4	7,1	9,9	10,0	9,6
Altro	6,1	9,7	8,0	7,6	5,5	7,0
Disturbi ansia	6,2	7,4	6,5	7,6	8,9	6,9
ADHD - Disturbi condotta	5,7	2,2	5,4	7,0	6,4	6,8
Diagnosi organiche	1,5	2,0	2,5	1,4	1,8	1,9
Disturbi alimentazione	1,7	1,4	1,1	1,2	1,0	0,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Grafico 12

**Raggruppamenti diagnostici ricoveri (2015, %)**



## Consultori

Gli interventi di tipo psicologico con finalità di valutazione, consultazione e terapia sono svolti anche dai Consultori familiari, che in alcune realtà della regione, per le diversità organizzative sussistenti tra le Aziende nell'area degli interventi di tutela della salute mentale dei giovani, coprono una parte rilevante degli interventi clinici. Il Sistema informativo dei Consultori (SICO), afferenti di norma al Dipartimento di Cure primarie, è organizzato secondo flussi diversi da quelli dei Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze patologiche. In particolare il flusso informativo dei Consultori SICO è nato per monitorare l'attività dei servizi consultoriali (Consultori familiari, Spazio giovani e Spazio donne immigrate) e per caratterizzare l'utenza. Il flusso informativo dei Consultori familiari non specifica le diagnosi, ed è organizzato per aree di intervento. Al fine di avere un riferimento organico con le attività di consultazione/trattamento rivolte alle persone di età compresa tra i 14 e i 25 anni per problematiche di salute mentale, si è scelto di **rappresentare gli utenti che si sono rivolti ai servizi consultoriali regionali nell'ambito dell'area psico-relazionale**. Queste attività sono, tra quelle censite nel flusso informativo specifico, le più confrontabili con gli interventi clinici.

Le tabelle seguenti illustrano i dati dell'utenza che ha ricevuto almeno un trattamento dell'area di attività denominata Problematiche psico-relazionali. Si tratta quindi di una quota di adolescenti che hanno seguito un determinato percorso di attività all'interno dei consultori.

Tabella 17

### Utenti con prestazioni in area psico-relazionale per singolo anno di età e anno

Età	2013	2014	2015
14	156	158	201
15	227	256	290
16	317	338	358
17	391	326	361
18	296	302	290
19	247	240	230
20	188	148	171
21	124	97	109
22	104	91	70
23	74	92	75
24	83	66	89
25	76	78	71
Totale	2.283	2.192	2.315

La tabella 17 descrive il numero di utenti per le classi di età già considerate per la rappresentazione dei dati dei DSM-DP.

Grafico 13

### Andamento utenti per età e anno

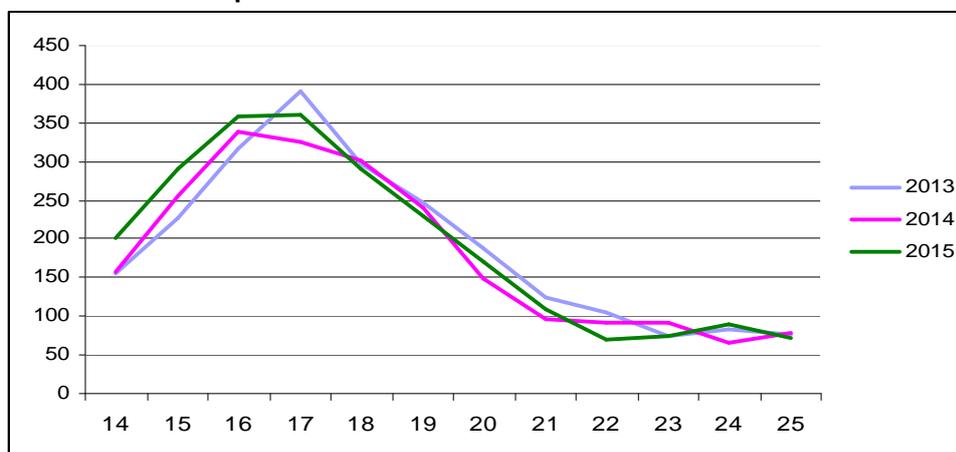
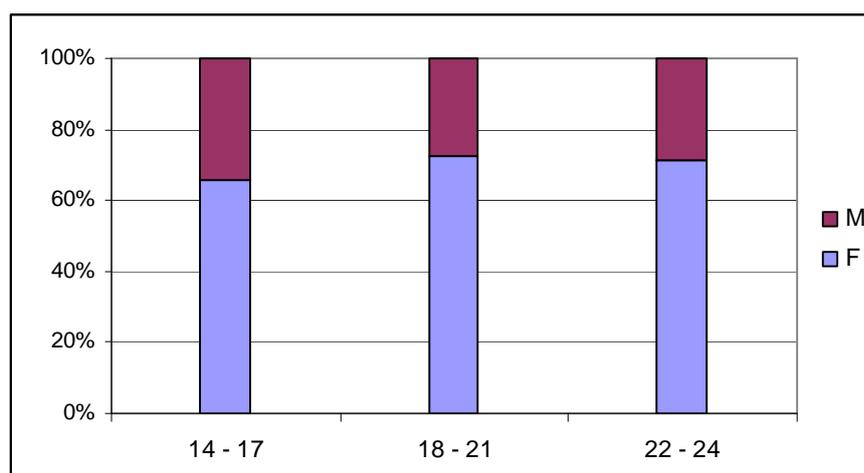


Tabella 18

**Utenti area psico-relazionale per classe di età e per genere (2015, v.a. e %)**

Età	v.a.		Totale	%		Totale %
	F	M		F	M	
14 - 17	798	412	1.210	66,0	34,1	100,0
18 - 21	582	218	800	72,8	27,3	100,0
22 - 24	217	88	305	71,2	28,9	100,0
Totale	1.597	718	2.315	69,0	31,0	100,0

Grafico 14

**Utenza femminile e maschile per classe di età (2015, %)**

Sono indicati gli utenti afferenti all'area psicologico relazionale per le Aziende di Piacenza, Parma, Modena, Bologna, Imola e Romagna. Le Aziende di Reggio Emilia e Ferrara, pur svolgendo tale attività nell'ambito consultoriale, non hanno finora inserito le informazioni (utenti e prestazioni erogate) nell'area della psicologia del SICO.

Tabella 19

**Utenza per AUSL e genere – Anno 2015**

AUSL	F	M	Totale	% femmine
Piacenza	23	6	29	79,3
Parma	146	34	180	81,1
Reggio Emilia				
Modena	169	44	213	79,3
Bologna	650	389	1.039	62,6
Imola	119	41	160	74,4
Ferrara				
Romagna	491	204	695	70,6
RER	1.598	718	2.316	69,0

### 3. Raccomandazioni trasversali

*Dalla prevenzione alla clinica: promuovere salute per gli adolescenti e i giovani adulti*

#### 3.1 Fattori di rischio/Fattori protettivi ed esiti evolutivi

##### Premessa

L'età contiene due aspetti complementari nella traiettoria esistenziale di ognuno: 1) lo sviluppo biopsicosociale della persona e 2) l'appartenenza a una leva generazionale, una coorte epidemiologica, un periodo storico. I fattori ambientali sono ascrivibili a condizioni e traumi fisici, sostanze chimiche, contaminazioni biologiche e variabili sociali, e i fattori genetici sono elencati nel repertorio OMIM, Online Mendelian Inheritance in Man ([www.omim.org](http://www.omim.org)). Gli uni e gli altri interagiscono nell'epigenesi, cioè la differenziazione che porta alla variabilità dei sette miliardi di viventi e nelle innumerevoli persone già vissute e che vivranno in altri tempi. Riconoscere i fattori rischio ha per fine, prima che insorgano processi patologici, la selezione di gruppi di popolazione suscettibili a interventi che sarebbe eccessivamente dispendioso erogare universalmente. Tuttavia, per evitare arbitrarie attribuzioni causa-effetto, è necessario non confondere i fattori di rischio con le manifestazioni subcliniche precoci, i sintomi e i segni di esordio. A quel punto diventa indicato avviare percorsi mirati a evitare peggioramenti e cronicizzazione. Quindi, quando si tratta di individui che esprimono segnali premonitori di disfunzione, è possibile intraprendere una **prevenzione indicata**. Invece ai gruppi portatori di fattore di rischio si applica la **prevenzione selettiva**. La **prevenzione universale** è infine da proporre alla totalità della popolazione. Si noti come la terminologia di prevenzione universale, selettiva e indicata sostituisca oggi le formule classiche di prevenzione, primaria, secondaria e terziaria.

L'età in senso anagrafico e generazionale è il primo fattore di rischio considerato nel costruire un modello dello sviluppo dall'attimo del concepimento in poi. Il tempo è un fattore non *prevenibile*, ma *prevedibile*, e arbitrariamente diviso in fasi. Per quanto riguarda l'adolescenza, è dai tempi del suo primo uso nelle catilinarie di Cicerone che la parola ha significato diminutivo e giustificativo, per cui si dice spesso "è solo adolescenza". Il *genere* è determinato geneticamente al momento del concepimento, e determina a sua volta una cascata di conseguenze interattive note come epigenesi embrionale, fetale, neonatale, infantile e adolescenziale. La variabile sesso è significativa nei modelli di previsione delle condizioni di salute mentale. Ad esempio i servizi di neuropsichiatria infantile, prima dell'adolescenza, hanno più utenti di genere maschile, mentre universalmente dai 13-19 anni (teenage) nei servizi di salute mentale prevale l'utenza femminile. L'*origine* etnoculturale è una variabile confusa e radicata nei tratti somatici e nelle convinzioni del gruppo o tribù di appartenenza. Etnia, religione e ideologia sono variabili complesse che tendono a correlare tra di loro e a influenzare la variabile *residenza*, per cui tradizioni culturali e località si correlano e si contrappongono ad altre più o meno vicine considerate diverse. La *discriminazione* sociale basata sull'ageismo (o giovanilismo), il sessismo (o maschilismo), il razzismo e il campanilismo, è spesso intrinseca al disagio psichico degli adolescenti. Viceversa una buona inclusione sociale è in grado di sostenere l'immagine di sé e contrastare gli ulteriori fattori di rischio a valle nella traiettoria di sviluppo della persona, quali lo *status economico-sociale*, la tipologia della convivenza familiare, e le circostanze di andare incontro ad *eventi* avversi piuttosto che altri. Senza dilungarsi in considerazioni epidemiologiche sul ruolo di questi fattori, si osserva che le iniziali dei termini evidenziati in corsivo compongono l'acronimo ESORDISCE: *Età, Sesso, Origine, Residenza, Discriminazione, Inclusione, Status economico-sociale, Convivenza ed Eventi della vita*. Ci si augura che possa essere un modo efficace per ricordare e tenere conto della complessità eziopatogenetica a monte della sofferenza psicopatologica in adolescenza e nelle fasi di vita successive.

<b>Fattori di rischio e programmi di prevenzione indicata: raccomandazioni</b>		
LG DCA 2012	1. <i>I Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consulitori, NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) devono rapportarsi con la scuola, i Servizi sociali, le associazioni, i centri giovani, le società sportive per intercettare gli indicatori precoci dei disturbi psichici. Individuare precocemente gli adolescenti che potrebbero andare incontro a difficoltà nella fase di sviluppo è fondamentale per prevenire problemi psicopatologici e promuovere uno sviluppo equilibrato. Numerosi disturbi psicopatologici aumentano in modo significativo durante l'adolescenza, come la depressione, i disturbi della condotta e i disturbi alimentari. Ugualmente si verificano in questo periodo comportamenti a rischio per la salute psicofisica, come il fumo, l'abuso di sostanze.</i>	B
LG regionali Progetto Adolescenz a DGR 590/13	2. <i>Lo sportello scolastico favorisce modalità di integrazione con i servizi sociali e sanitari rivolti agli adolescenti presenti nel territorio, in un'ottica di costruzione di una cultura operativa condivisa riguardo al disagio e al mondo adolescente.</i>	C
LG regionali Progetto Adolescenz a DGR 590/13	3. <i>Lo sportello scolastico favorisce modalità di integrazione con i servizi sociali e sanitari rivolti agli adolescenti presenti nel territorio, in un'ottica di costruzione di una cultura operativa condivisa riguardo al disagio e al mondo adolescente.</i>	C
LG regionali Progetto Adolescenz a DGR 590/13	4. <i>Occorre condividere un orizzonte culturale che veda i giovani come degni di fiducia, cittadini a pieno titolo dotati di risorse, anche progettuali in grado di attivarsi per promuovere benessere per sé e per la comunità. Strumenti utili per promuovere empowerment e autoefficacia sono la peer education, la vicinanza relazionale, la relazione educativa, la comunicazione contestualizzata.</i>	C
Manuale Psicopat. Sviluppo Ammaniti 2010	5. <i>I meccanismi di rischio e resilienza sono fondamentali per comprendere i percorsi adattativi e disadattivi durante l'adolescenza. I fattori di rischio e la resilienza possono riguardare il contesto sociale, scolastico e familiare, il funzionamento biologico e psicologico dell'adolescente.</i>	
LG DCA 2012	6. <i>I Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consulitori, NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) devono rapportarsi con la scuola, i Servizi sociali, le associazioni, i centri giovani, le società sportive per intercettare le condizioni ambientali sfavorevoli che possono determinare reazioni da stress prolungate, primo tra tutte il bullismo.</i>	B
Manuale Psicopat. sviluppo Ammaniti 2010	7. <i>Devono essere individuate le condizioni sfavorevoli o comunque sfidanti potenzialmente causa di stress che consiste nello sforzo di adattamento a condizioni ambientali/relazionali difficili. Nelle reazioni da stress i parametri biologici e psicologici delle funzioni di adattamento subiscono delle modifiche; e capacità psicologiche e biologiche individuali sono sovrastate dalle circostanze e dalle condizioni ambientali; l'influenza dello stress cronico è potenzialmente negativa. I meccanismi di rischio e di resilienza sono fondamentali per comprendere i percorsi adattativi e disadattivi durante l'adolescenza. Il rischio si riferisce ad un'aumentata probabilità di un esito negativo in una popolazione definita. La resilienza designa un processo dinamico per cui alcuni individui vanno incontro ad un esito positivo nonostante situazioni avverse o traumi.</i>	C
Sroufe et al, 2005	8. <i>Gli adolescenti non sono un'unica categoria ma devono essere differenziati in base a caratteristiche che derivano dalle esperienze accumulate. I bambini resilienti hanno una storia positiva di accudimento precoce e dunque un buon accudimento precoce è un fattore protettivo per gli eventi negativi che possono accadere successivamente nella vita.</i>	A
Sroufe et al, 2005	9. <i>In adolescenza le altre relazioni con adulti competenti e le relazioni con i pari costituiscono fattori fondamentali di protezione o viceversa di vulnerabilità. La resilienza va considerata non un tratto individuale ma piuttosto un aspetto del sistema evolutivo e dell'ambiente.</i>	A

Chanen et al. BJPSYCH 2013, 202:s24-s29	10. <i>I PLS e i MMG devono favorire il passaggio ai servizi specialistici (Consultori e/o NPIA) quando riscontrano indicatori precoci di disturbi psichici, soprattutto se in relazione a fattori stressanti ambientali e scarse risorse individuali e/o familiari dell'adolescente. La prevenzione indicata è la soluzione efficace rivolta a segni e sintomi precoci in infanzia e adolescenza. La prevenzione indicata coincide con il trattamento terapeutico e riabilitativo precoce, o comunque tempestivo. Pertanto devono essere favoriti gli interventi sui primi sintomi espressione di disagio e/o della comparsa di disturbi psichici.</i>	A
Chanen et al. BJPSYCH 2013, 202:s24-s29	11. <i>I Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consultori, NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) devono offrire un percorso di valutazione orientato alla diagnosi anche quando le manifestazioni sintomatologiche sono incomplete o si presentano nella forma di sindromi subcliniche.</i>	A
LG DCA 2012	12. <i>In questa fase di sviluppo, anche quando l'adolescente è trattato da strutture specialistiche multidisciplinari, rimane fondamentale il ruolo del PLS e del MMG per motivare al trattamento l'adolescente con segni precoci di disturbo psichico e la sua famiglia al fine di favorire l'intervento precoce.</i>	A
	13. <i>I Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consultori, NPIA) devono offrire un percorso di valutazione della personalità in adolescenza nonché dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, cruciali per la prognosi delle difficoltà adolescenziali e degli esiti in età adulta.</i>	A
Manuale Psicopat. Sviluppo Ammaniti 2010	14. <i>La valutazione dei meccanismi di rischio e di resilienza è fondamentale per comprendere i percorsi adattativi e disadattivi durante l'adolescenza.</i>	C
LG UK Drug Misuse and dependence . 2007	15. <i>Una buona valutazione dell'adolescente deve cercare di considerare i comportamenti a rischio come sintomi di una vulnerabilità che sottende altre problematiche, come ad esempio: la disgregazione familiare, condizioni abitative inadeguate, vissuti negativi. Problematiche connesse al rendimento scolastico e all'adattamento al contesto scolastico stesso possono, altresì, essere espressione di importanti sofferenze psicologiche.</i>	A
Quaderno di Pippi, Università di Padova. Brofenbrenner (1979, 2005)	16. <i>I servizi devono riconoscere una relazione articolata di complementarità tra il soggetto e gli ambienti vitali: ciò in particolare implica "lo studio scientifico del progressivo adattamento reciproco tra un essere umano attivo che sta crescendo e le proprietà, mutevoli, delle situazioni ambientali immediate in cui l'individuo vive" .</i>	B
LG Beyond-blue 2011	17. <i>A fronte dell'elevata prevalenza della sintomatologia tra i giovani e della consapevolezza generale di questo problema di salute, molti soggetti incontrano difficoltà nel chiedere aiuto ai servizi per problematiche di salute Mentale. Inizialmente gli adolescenti e i giovani si rivolgono prima agli amici e ai familiari. Inoltre, sempre di più utilizzano le fonti del web per raccogliere informazioni sui propri problemi di salute e anche individuare possibili risposte.</i>	A
LG DCA 2012 e LG Beyond-blue 2011	18. <i>I PLS e i MMG sono determinanti per il passaggio ai Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consultori, NPIA). Devono pertanto essere formati sulle caratteristiche del disagio psichico adolescenziale e avere gli strumenti per individuare le condizioni a rischio di sviluppo di disturbi psicopatologici.</i>	A
LG Beyond-blue 2011	19. <i>Strumenti di comunicazione che utilizzano le tecnologie web (siti di riferimento blog informali) e i social network, possono favorire la consapevolezza delle problematiche e promuovere i percorsi di accesso per le richieste di aiuto.</i>	A



NICE 2013 CAHTA 2009	28. <i>I professionisti di area sanitaria e sociale, che lavorano con adolescenti e giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico, devono promuovere l'autonomia, la partecipazione attiva alle decisioni implicate nel trattamento, e sostenere l'autogestione e l'accesso al supporto tra pari, mantenere la continuità delle singole relazioni terapeutiche, ove possibile e offrire l'accesso a consulenti legali e altri esperti.</i>	
NICE 2013 CAHTA 2009	29. <i>I professionisti di area sanitaria e sociale e le direzioni aziendali devono adoperarsi affinché gli interventi si svolgano in ambienti in cui la riservatezza, la privacy e la dignità siano rispettate. Deve essere chiaro il limite di riservatezza. vale a dire, che occorre specificare in quali circostanze i professionisti possono avere accesso alle informazioni riguardanti la sfera privata del minore e della sua famiglia, delimitando il campo alle sole informazioni utili per la diagnosi e il trattamento.</i>	
NICE 2013 CAHTA 2009	30. <i>I professionisti di area sanitaria, e sociale devono discutere e possibilmente condividere con gli adolescenti e i giovani adulti, le modalità con le quali i genitori possono essere coinvolti nella cura. Tali modalità devono essere ridiscusse regolarmente nel tempo, per tener conto di eventuali cambiamenti di circostanze, tra cui livello di sviluppo, e non dovrebbero essere definite una volta per tutte.</i>	
NICE 2013 CAHTA 2009	31. <i>I professionisti di area sanitaria e sociale che lavorano con gli adolescenti e i giovani adulti qualsiasi disagio/disturbo psichico, devono essere formati e qualificati nel negoziare e lavorare con i genitori.</i>	
NICE 2013 CAHTA 2009	32. <i>Quando si comunica con gli adolescenti e i giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico, e con i loro genitori, occorre prendere in considerazione il livello di sviluppo del soggetto, la maturità emotiva e le capacità cognitive, comprese le eventuali difficoltà di apprendimento, problemi di vista o di udito o ritardi nello sviluppo del linguaggio e usare un linguaggio semplice. Ove possibile spiegare chiaramente i concetti e i termini clinici, verificando che il bambino o il giovane e i genitori abbiano compreso ciò che è stato detto. Se necessario ricorrere ad ausili per la comunicazione (come immagini, simboli, stampa grande, braille, lingue diverse o il linguaggio dei segni).</i>	
NICE 2013 CAHTA 2009	33. <i>Fornire, agli adolescenti e ai giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico e ai loro genitori, complete informazioni scritte sulla natura del disturbo e gli interventi necessari sia di tipo biomedico che di tipo psicosociale).</i>	
NICE 2013 CAHTA 2009	34. <i>Assicurarsi di avere familiarità con le fonti locali e nazionali (organizzazioni e siti web) di informazione e/o di sostegno per gli adolescenti e i giovani adulti e i loro genitori per poter essere in grado di suggerire e consigliare come accedere a queste risorse</i>	
NICE 2013 CAHTA 2009	35. <i>Quando si comunica con un adolescente o un giovane con qualsiasi disagio/disturbo psichico, utilizzare diversi mezzi di comunicazione, tra cui lettere, telefonate, e-mail o messaggi di testo, a seconda delle preferenze e delle possibilità</i>	
NICE 2013 CAHTA 2009	36. <i>Quando si lavora con gli adolescenti e i giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico e i loro genitori, occorre tener conto che lo stigma e la discriminazione sono spesso associati con l'utilizzo dei Servizi di salute mentale. Occorre essere rispettosi e sensibili nei confronti degli adolescenti e dei giovani adulti sulle questioni di genere, orientamento sessuale, stato socio-economico, età, background (compresi background culturale, etnico e religioso) e qualsiasi disabilità. Occorre anche essere a conoscenza di possibili variazioni nella presentazione dei problemi di salute mentale negli adolescenti e giovani adulti di diverse età, generi, culturali, etnie, religiose o di altra e diversa estrazione.</i>	
NICE 2013 CAHTA 2009	37. <i>Quando ci si relaziona con gli adolescenti e i giovani adulti e i loro genitori che hanno difficoltà di lingua o di lettura in italiano occorre fornire proficuamente una traduzione qualificata ricorrendo agli interpreti, se necessario offrire un elenco di fornire formatori per l'apprendimento della lingua italiana.</i>	
NICE 2013	38. <i>I professionisti di area sanitaria e sociale che lavorano con gli adolescenti e i giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico e i loro genitori, devono avere</i>	

CAHTA 2009	<i>competenze nella capacità di valutazione di persone di diverse origini etniche e culturali, saper utilizzare modelli esplicativi di malattia per le persone di diversa estrazione etnica e culturale, saper spiegare le possibili cause di psicosi e schizofrenia, o di qualsiasi altro disturbo mentale, e le relative opzioni di trattamento possibili; affrontare le differenze culturali ed etniche delle aspettative di trattamento rispettando le credenze riguardanti aspetti biologici, influenze sociali e familiari sulle possibili cause dei problemi di salute mentale.</i>
NICE 2013 CAHTA 2009	<i>39. I Servizi che offrono percorsi specialistici di salute mentale per gli adolescenti (NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) devono lavorare con le cure primarie, gli altri servizi specialistici sanitari e il terzo settore locale, inclusi i volontari e le organizzazioni di utenti per garantire che: tutti gli adolescenti e i giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico con psicosi, abbiano pari accesso ai percorsi di cura in base alle esigenze cliniche e indipendentemente dal sesso, orientamento sessuale, status socio-economico, età, preparazione (comprese culturale, etnica e religiosa di fondo) e qualsiasi disabilità</i>

Il passaggio ai servizi per i giovani adulti è spesso contrassegnato da una serie di discontinuità in termini di personale, frequenza del trattamento (spesso meno intenso nei servizi per adulti) e approccio e spesso queste problematiche pregiudicano, o semplicemente ostacolano, l'aderenza al nuovo profilo di cura. Questo passaggio può essere difficile per i giovani con qualsiasi disturbo mentale e i loro genitori, che avvertono i distacchi come particolarmente problematici. In tali circostanze, il lavoro comune tra i Servizi di salute mentale per adulti e per l'infanzia e l'adolescenza deve facilitare la transizione.

NICE 2013 CAHTA 2009	<i>40. I Servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), i professionisti dei Servizi di salute mentale adulti (CSM) e dipendenze patologiche devono collaborare per minimizzare qualsiasi possibile effetto negativo nel passaggio ai servizi per gli adulti.</i>  <i>a. Programmare il trasferimento nel momento più adatto per la persona, anche se questo dovesse avvenire dopo il compimento dei 18 anni.</i>  <i>b. Continuare il trattamento nelle NPIA oltre i 18 anni se questo realisticamente può evitare la necessità di ricorrere al servizio di salute mentale adulti</i>
NICE 2013 CAHTA 2009	<i>41. Operare in modo flessibile intorno al limite di età cut-off è utile per promuovere transizioni omogenee. Devono essere realizzati protocolli per garantire il passaggio dei giovani ai servizi per adulti, quando compiono 18 anni. Tali protocolli devono garantire che i criteri di accesso ai servizi per adulti siano coerenti con le esigenze e le aspettative dei giovani precedentemente trattati nelle NPIA. I professionisti delle due tipologie di servizi devono collaborare per identificare le lacune ed esplorare modelli di intervento, per rispondere meglio e più appropriatamente ai bisogni dei giovani in transizione.</i>
NICE 2013 CAHTA 2009	<i>42. Ove non siano disponibili servizi ospedalieri adeguati all'età, sono necessari protocolli per il ricovero in reparti per adulti che definiscano anche il collegamento con le NPIA. Sapendo che il fine dei trattamenti o servizi e la transizione da un servizio all'altro può portare a forti emozioni e reazioni, è necessario assicurare che:</i>  <i>a. tali cambiamenti siano discussi attentamente prima con la persona e la famiglia, e che siano strutturati e pianificati nel dettaglio;</i>  <i>b. il piano di trattamento sostenga effettivamente la collaborazione con altro personale di cura durante il passaggio, e comprenda la possibilità di accedere ai servizi in occasione di crisi. È necessario che i pazienti con disturbo dell'apprendimento abbiano una valutazione specifica ed un eventuale successivo progetto di trattamento. La NPIA e i servizi di salute mentale e dipendenze patologiche per adulti devono operare in collaborazione per minimizzare i possibili effetti negativi del passaggio. Occorre pertanto:</i>  <i>c. pianificare il passaggio se attuato ai 18 anni: continuare il trattamento nella NPIA oltre i 18 anni se necessario per il passaggio agli adulti.</i>

### 3.3 Valutazione e Assessment

Il processo clinico che va dalla ricezione della domanda di cura all'eventuale definizione di un percorso terapeutico strutturato viene variamente definito nella letteratura sull'adolescenza, con significati non del tutto sovrapponibili, come consultazione, assessment, valutazione, consulenza, counseling, psicodiagnosi.

Sembra opportuno sottolineare un primo elemento di convergenza fra gli autori che si sono occupati di quest'area operativa ovvero che questa fase del percorso clinico non possa avere solo funzioni di *valutazione* senza essere anche *intervento terapeutico* e non possa costituire intervento orientato terapeuticamente se non si preoccupa anche di comprendere meglio il funzionamento dell'adolescente e del suo sistema relazionale di riferimento.

Si tratta quindi di un *processo di valutazione e intervento* che coinvolge uno o più soggetti con legami reciproci, normalmente di tipo familiare o parafamiliare che entrano in una relazione di aiuto con uno o più professionisti fra loro collaboranti ai fini dell'avvio della cura e della scelta (co-definita) del successivo, eventuale, percorso terapeutico-assistenziale.

La letteratura sull'adolescenza italiana ed internazionale è piuttosto coesa nel definire questo processo '**consultazione**', ed in questa accezione l'assessment (ovvero il versante valutativo della consultazione) ne costituisce una funzione, centrale.

#### **Area d'interesse e finalità della valutazione/consultazione**

L'*estensione dell'area della sofferenza/disagio* alla quale ci riferiamo riguarda soggetti che si collocano in un continuum che va da un estremo di una già significativa rigidità della strutturazione psicopatologica, con diagnosi categoriale ben definita, per arrivare all'altro estremo della 'crisi evolutiva' più fisiologica con tutto il ventaglio di posizioni intermedie.

Naturalmente i servizi del SSR in funzione della loro specificità, intercettano prevalentemente casi appartenenti a specifiche aree di disagio/disturbo psichico. Tuttavia permangono ampi margini di sovrapposizione della domanda che rendono ragione della necessità di una competenza clinico-assistenziale centrata sull'età adolescenziale. Competenza che deve essere in grado di valutare sia gli aspetti dimensionali che eventualmente categoriali diagnostici del disagio/disturbo psichico afferito.

Nell'ambito della salute mentale dell'adolescente e del giovane adulto, il processo di valutazione/consultazione dovrà considerare che il modello di cura si è spostato dall'intervento convenzionale finalizzato al supporto delle fasi più avanzate di malattia e disabilità, ad un *approccio preventivo*, che valorizza gli interventi integrati precoci in modo da influire positivamente sulla evoluzione psicologica, biologica e sociale dei giovani con forme iniziali di disagio/disturbo psichico. Questo cambiamento paradigmatico, che presuppone l'implementazione di strategie di intervento precoci efficaci ed innovative, si avvale nella fase di valutazione di un approccio multidisciplinare alla vulnerabilità psicopatologica con l'obiettivo di offrire all'utenza interventi che possano realmente avviare alla recovery personale.

<b>Obiettivi della valutazione/consultazione multi-dimensionale – funzionale e categoriale</b>		
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	43. <i>I professionisti di area sanitaria e sociale che lavorano con gli adolescenti e i giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico devono individuare il più precocemente possibile, soggetti con disagio/sofferenza psichica e che potenzialmente possano trarre beneficio da interventi terapeutici: farmacologici, psicosociali, familiari (soggetti a rischio, soggetti con sintomatologia sottosoglia o con diagnosi conclamata). L'accoglienza deve svolgersi all'interno di un contesto di valutazione il meno stigmatizzante possibile.</i>	A
	44. <i>L'accoglienza deve svolgersi all'interno di un contesto di valutazione il meno stigmatizzante possibile.</i>	C

NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	45. <i>I professionisti di area sanitaria e sociale che lavorano con gli adolescenti e i giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico devono tendere alla costruzione di una solida alleanza e 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.</i>	A
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	46. <i>I professionisti di area sanitaria e sociale che lavorano con gli adolescenti e i giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico devono raccogliere informazioni sulla persona in carico allo scopo di definire una formulazione personalizzata del caso, con la finalità di definire un percorso di cura, specifico in funzione della diagnosi, della sua gravità e orientato alla recovery più precoce e ampia possibile.</i>	A
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	47. <i>I professionisti di area sanitaria e sociale che lavorano con gli adolescenti e i giovani adulti con qualsiasi disagio/disturbo psichico devono effettuare il monitoraggio del percorso di cura al fine di valutarne l'appropriatezza, gli esiti e attuare un miglioramento continuo della qualità del processo stesso.</i>	A

<b>Soggetti coinvolti nella consultazione/valutazione</b>		
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	48. <i>I professionisti coinvolti nella valutazione/consultazione multi-dimensionale – funzionale e categoriale sono in prima istanza le figure professionali principali responsabili del processo di cura (case manager, NPIA, psichiatra, medico del SerT, psicologo). Sono affiancati da altre figure professionali come terapisti della riabilitazione psichiatrica, infermieri professionali, educatori, assistenti sociali, dietisti, medici di medicina generale, altri medici specialisti.</i>	B
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	49. <i>Nella valutazione/consultazione multi-dimensionale – funzionale e categoriale devono essere coinvolti soggetti non professionali come familiari, care givers, associazioni di familiari, utenti esperti, amici, volontari, sia come utili fonti di notizie anamnestiche che come potenziali risorse da attivare nel percorso di cura.</i>	B
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	50. <i>Il processo di valutazione/consultazione multi-dimensionale – funzionale e categoriale ha carattere dinamico evolutivo. La partecipazione e l'integrazione all'interno del percorso di cura personalizzato, condiviso con l'utente in carico, di professionisti della salute mentale con qualifiche e/o competenze diverse potrà avvenire man mano che il 'responsabile del progetto di cura', sviluppi ipotesi diagnostico assistenziali e d'intervento che orientino verso questo o quel contributo ulteriore (per es. uno specialista di area nutrizionale, un educatore, un esperto di counseling familiare, etc).</i>	B
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	51. <i>Il processo di valutazione/consultazione multi-dimensionale – funzionale e categoriale deve coinvolgere la famiglia nel suo insieme in quanto la ragazza o il ragazzo, è un 'soggetto relazionale; un soggetto che organizza la sua esperienza di disagio e sofferenza, all'interno di un contesto prossimale di riferimento, che in genere è costituito dalla sua famiglia.</i>	B
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	52. <i>Il processo di valutazione/consultazione interseca i processi evolutivi di altri soggetti e della famiglia nella quale l'adolescente si colloca. È dunque opportuno che questo incrocio di traiettorie venga considerato attentamente anche nella consultazione.</i>	B
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	53. <i>Il processo di valutazione/consultazione può riferirsi a diverse configurazioni di soggetti (dall'adolescente singolo alla famiglia intera, a piccoli gruppi di amici, ai soli genitori, oppure all'adolescente insieme a figure di riferimento istituzionali) di cui si dovrà tenere conto differenziando il processo in relazione ai portatori della domanda e del contesto di accoglienza della stessa.</i>	B

NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	54. <i>Il processo di valutazione/consultazione, processo che già di per sé ha valore trasformativo, deve essere finalizzato alla co-costruzione del successivo progetto che può comprendere diversi strumenti psicoterapeutici individuali, familiari, di gruppo, psicologico clinici, psicofarmacologici.</i>	B
---	---	---

## Le fasi della valutazione

### 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.

Fase di valutazione iniziale di screening		
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	55. <i>Nel corso della fase di valutazione iniziale di screening dovranno essere individuati i soggetti che presentano patologie psichiche conclamate e i soggetti con stati mentali a rischio o sotto soglia. Dovrà essere valutata caso per caso la necessità, coerentemente alle raccomandazioni di queste linee di indirizzo, di applicare uno specifico approccio assistenziale.</i>	A
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	56. <i>Si dovrà valutare caso per caso l'utilità di una stadiazione del livello di rischio psicopatologico, il monitoraggio della sintomatologia e la decisione di proporre interventi terapeutici di prevenzione e/o di cura correlati ai sintomi o al disagio emergente. In questa fase occorre impiegare idonei strumenti di screening generale e specifici per patologie. La valutazione iniziale di screening deve avvenire all'interno di un setting il meno stigmatizzante possibile e finalizzata ad una recovery la più precoce e ampia possibile.</i>	A

### 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-psico-sociali che gli adolescenti possono presentare. Alcune di queste valutazioni potranno essere ripetute nel corso e alla fine della terapia.

<b>Fase di valutazione finalizzata al percorso di cura</b>		
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	57. <i>Nella fase di valutazione finalizzata alla definizione del percorso di cura oltre alla raccolta delle informazioni attraverso un colloquio clinico aperto, è utile l'utilizzo di strumenti psicometrici standardizzati sia di valutazione generale, sia di valutazione specifica in funzione delle diagnosi o di altre variabili significative.</i>	B
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	58. <i>La valutazione finalizzata alla definizione del percorso di cura deve avvenire all'interno di un setting il meno stigmatizzante possibile e finalizzata ad una recovery la più precoce e ampia possibile.</i>	B
NICE 2013 SNLG 2007 CAHTA 2009	59. <i>Nella fase della valutazione finalizzata alla definizione del percorso di cura devono essere considerati anche i fattori concomitanti che possono favorire il processo di recovery oppure ostacolarlo. L'attenzione deve essere posta soprattutto nei confronti dei fattori favorenti, facendo leva sulle risorse individuali, familiari ed ambientali per affrontare le complesse problematiche poste dal disagio psichico</i>	B

### **Trattamenti specifici – Indicazioni trasversali**

<b>Caratteristiche specifiche dei trattamenti in età adolescenziale e giovane adulta</b>		
LG Regionali "Progetto adolescenza" DGR 590/2013	60. <i>I trattamenti di salute mentale dei soggetti adolescenti e giovani adulti devono avvenire nel rispetto della continuità e trasversalità tra promozione, prevenzione e cura e coinvolgimento dei contesti di vita degli adolescenti. Vanno predisposte le condizioni ambientali, logistiche, comunicative che possono facilitare l'accesso ai servizi.</i>	C
LG Regionali "Progetto adolescenza" DGR 590/2013	61. <i>L'adolescenza richiede un approccio specifico ed un percorso di cura svolto da equipe multi professionali composte da professionisti preparati all'accoglienza, diagnosi e trattamento.</i>	C
"Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del disturbo da deficit dell'attività e dell'attenzione in età evolutiva in Emilia-Romagna". Rev. 2013 della circolare n. 11 del 5 dicembre 2007	62. <i>I trattamenti di salute mentale devono essere multimodali, poiché sono molti i settori problematici da trattare; integrati coinvolgendo nel processo di cura, oltre l'utente, familiari ed insegnanti; individualizzati considerando l'eterogeneità dei quadri clinici</i>	C
Conferenza Stato-Regioni 13/11/2014 – 14/130/CR08a/ C8 "Interventi semiresidenziali e residenziali per i disturbi neuropsichici	63. <i>I trattamenti di salute mentale dei soggetti adolescenti e giovani adulti sono organizzati in percorsi di cura caratterizzati da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità.</i>	C

dell'infanzia e dell'adolescenza"		
Conferenza Stato-Regioni 13/11/2014 – 14/130/CR08a/C8	64. <i>I trattamenti di salute mentale dei soggetti adolescenti e giovani adulti di regola sono erogati da una équipe multidisciplinare, in quanto vi è interazione costante tra le diverse linee di sviluppo, e gli alti indici di comorbidità tra i disturbi dei diversi assi. L'intervento multidisciplinare d'équipe, pertanto, non deve essere considerato limitato ai casi particolarmente gravi e complessi.</i>	C
Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna – Circolare 7 del 29/7/2013	65. <i>I professionisti dei Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consulitori, NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) devono essere pienamente consapevoli dell'impatto della famiglia, della scuola e degli ambienti sociali più ampi sul mantenimento e il trattamento del disturbo.</i>	C
Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna	66. <i>I professionisti dei Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consulitori, NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) devono mantenere il focus sui bisogni emotivi, educativi e sociali dell'adolescente e/o del giovane adulto.</i>	C
Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna	67. <i>I professionisti dei Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consulitori, NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) devono lavorare con i genitori, gli insegnanti, gli altri adulti e i coetanei per creare un ambiente che sostiene la realizzazione degli obiettivi di trattamento concordati.</i>	C

<b>Contesto professionale favorente la motivazione</b>		
Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna	68. <i>I luoghi dedicati al trattamento, dove convergono e si integrano i vari attori di cura intorno al paziente, devono avere caratteristiche di sicurezza, comfort, accessibilità.</i>	C
Clinical Practice Guidelines Depression in adolescents and young adults - Beyondblue – 2011	69. <i>I professionisti dei Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consulitori, NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) devono rapportarsi con l'adolescente o il giovane adulto, così come con i familiari o altri tutori, in maniera diretta e chiara: comportarsi e comunicare in maniera autentica e aperta il più possibile; chiarire ciò che l'adolescente o il giovane adulto sta chiedendo e si aspetta; stabilire e concordare gli obiettivi del trattamento/percorso o in alternativa esplicitare i motivi per i quali non si può essere d'aiuto.</i>	C
Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna	70. <i>L'approccio di trattamento dei Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consulitori, NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) deve essere di impronta psico-sociale che utilizzi modelli di contratto e relazione terapeutica, veicolanti responsabilizzazione e centratura sul paziente, gestione ottimale delle resistenze, orientamento al cambiamento, all'adesione e alla negoziazione dei vari percorsi di trattamento e riabilitazione.</i>	C
Clinical Practice Guideline on Major Depression in Childhood and	71. <i>L'assistenza clinica standard dei Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consulitori, NPIA, CSM e Servizi per le dipendenze) deve prevedere l'accesso a prestazioni di psicoeducazione, sostegno individuale e familiare, tecniche di problem solving, coordinamento con altri</i>	B

Adolescence – AVALLIA-t - 2009	<i>professionisti, attenzione ad altre comorbidità, e monitoraggio periodico delle condizioni psichiche.</i>	
Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna	<i>72. Quando indicate devono esser erogate le psicoterapie, ove indicato, standardizzate e manualizzate, ma non sempre queste costituiscono il primo approccio; spesso è necessario far progredire la motivazione prima di proporre un trattamento strutturato.</i>	C

## **Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuro psichici dell'adolescenza e dell'età giovane adulta<sup>1</sup>.**

Diversi sono i disturbi per i quali può essere indicato l'intervento terapeutico semiresidenziale psichiatrico in età evolutiva, in assenza di disabilità intellettiva o fisica significativa. Il disturbo più frequente è il disturbo grave della condotta, dimensione transnosografica caratterizzata da patterns sintomatologici gravemente disfunzionali per il soggetto stesso e per l'ambiente circostante. In numerosi studi se ne delinea l'aumento dell'incidenza in adolescenza, con una sempre crescente e preoccupante anticipazione dell'età di insorgenza. Presumibilmente il maggiore e diffuso disagio sociale provoca un aumento dell'espressività psicopatologica comportamentale e soprattutto una riduzione delle abilità di coping da parte delle famiglie e dell'ambiente in generale. Altri disturbi per i quali può esservi l'indicazione ad un intervento semiresidenziale o residenziale sono i disturbi schizofrenici e le forme gravi dei disturbi affettivi, dei disturbi del comportamento alimentare e dei disturbi ossessivi-compulsivi.

Vari modelli di intervento sono attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo a bassa, media, alta intensità e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività, quali:

- osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- cura di sé e dell'ambiente;
- abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- interventi di supporto all'apprendimento e alle competenze cognitive;
- inserimento scolastico in percorsi coerenti con la formazione precedente, eventualmente personalizzati per tempi ed obiettivi, concordati con le istituzioni scolastiche in base alla normativa nazionale vigente e in continuità con il percorso educativo-terapeutico complessivo;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome raccordate con la rete sociale;
- attività di coordinamento e di rete.

<sup>1</sup>

Conferenza Stato-Regioni 13/11/2014 – 14/130/CR08a/C8 - "Interventi semiresidenziali e residenziali per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza"

<b>Ospedalizzazione</b>		
Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Department of Health (England) and the devolved administrations (2007)	73. <i>Se un adolescente o un giovane adulto necessita di un ricovero in ambiente ospedaliero, questo deve rispondere ad un setting appropriato all'età e al livello di sviluppo dell'utente;</i>	B
Drug Misuse and Dependence ... cit.	74. <i>I servizi ospedalieri per adolescenti e giovani adulti devono offrire un ventaglio di interventi specifici, comprendenti: trattamento farmacologico; terapie individuali e di gruppo, supporto per le famiglie.</i>	B
Drug Misuse and Dependence ... cit.	75. <i>I servizi ospedalieri per adolescenti e giovani adulti devono essere contesti appropriati all'età degli utenti e culturalmente arricchenti, con la possibilità di offrire opportunità formative e ricreative.</i>	B
Drug Misuse and Dependence ... cit.	76. <i>Prima della dimissione deve essere stabilito il progetto terapeutico territoriale e l'utente, e la sua famiglia, deve avere un chiaro punto di riferimento nell'equipe e un appuntamento per la continuità post dimissione.</i>	B

## 4. Raccomandazioni specifiche per aree diagnostiche

### Dalla prevenzione alla clinica: promuovere salute per gli adolescenti e i giovani adulti

<b>ADHD</b>		
Codici nosografici di riferimento: ICD 10 F90*, F91*, F92*; ICD 9 314*, 312*, 3093, 3094, 31381		
Parent-training education programmes in the management of children with conduct disorders NICE 2006	1. <i>I Servizi che offrono percorsi di salute mentale per gli adolescenti (PLS, Consultori, NPIA) devono offrire alle famiglie di bambini o adolescenti con ADHD come trattamento di prima linea un programma di formazione e di educazione dei genitori.</i>	
NICE 2006	2. <i>Sono particolarmente indicati programmi individuali e di gruppo per la gestione dei bambini con ADHD.</i>	
NICE 2006	3. <i>Per le Scuole devono essere offerti programmi di formazione rivolti ai genitori combinati con l'informazione agli insegnanti</i>	
NICE 2006	4. <i>Gli interventi di tipo psicosociale nei confronti di bambini o adolescenti con ADHD devono avere le seguenti caratteristiche generali:</i> <i>a. multimodalità poiché sono molti i settori problematici da trattare;</i> <i>b. integrazione coinvolgendo nel processo di cura, oltre al bambino, familiari ed insegnanti;</i> <i>c. personalizzazione considerando l'eterogeneità dei quadri clinici;</i> <i>d. gli ambienti familiare e scolastico devono rispettare il criterio della prevedibilità.</i>	
Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del disturbo da deficit dell'attività e dell'attenzione in età evolutiva in Emilia-Romagna". Revisione anno 2013 della circolare n. 11 del 5 dicembre 2007	5. <i>Vanno proposte adeguate strategie di problem solving con sedute individualizzate per i bambini e curato un ambiente (scuola e famiglia) che aiuti rispetto alla difficoltà di pianificazione e che segua le strategie educative previste dalle LG regionali.</i>	
	6. <i>Deve essere prestata particolare attenzione ai quadri in comorbidità con l'ADHD, sia fisica che psichica, che vanno trattati appropriatamente.</i>	
	7. <i>Nei casi di allontanamento dalla famiglia di un minore con diagnosi di ADHD, l'intervento necessita di un'attenzione maggiore dal punto di vista educativo e deve comprendere anche l'intervento psicologico descritto.</i>	
	8. <i>Per i genitori di bambini o adolescenti con ADHD, sono indicati cicli di parent training e/o incontri psicoeducativi sulle strategie educative.</i>	
	9. <i>Per l'ADHD il trattamento farmacologico non è indicato come trattamento di prima scelta: devono essere privilegiati gli interventi psicoeducativi.</i>	
	10. <i>Il Metilfenidato rappresenta il farmaco di prima scelta nel trattamento dell'ADHD; l'Atomoxetina può rappresentare una possibile alternativa. La reintroduzione in Italia dei farmaci per l'ADHD (G.U. n.106 del 24 aprile 2007) ha previsto l'Istituzione di un Registro dell'ISS per il monitoraggio dei trattamenti farmacologici per i minori con diagnosi di ADHD divenuto operativo il 18 giugno 2007 e tuttora attivo. Il Registro è compilato presso i Centri Prescrittori per il metilfenidato e l'atomoxetina individuati dalla Regione Emilia-Romagna in ogni azienda.</i>	

## Disturbi della condotta

Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and clinical management NICE 2013	11. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono collaborare in contesti educativi per sviluppare interventi locali e percorsi che promuovono l'accesso per una serie di gruppi a rischio di sotto-utilizzo dei servizi, tra cui: ragazze e giovani donne immigrati, minoranze etniche e persone con una condizione coesistente (come ADHD o autismo).</i>	
	12. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono promuovere l'accesso alle strutture di diagnosi e trattamento.</i>	
	13. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono favorire l'erogazione integrata di servizi in tutti ambiti di cura, avere criteri chiari ed espliciti per l'accesso ai servizi concentrandosi sulle condizioni di ingresso e non sui criteri di esclusione avere più punti di accesso ai servizi per facilitare i collegamenti con il sistema di assistenza, compresi i servizi di assistenza educativi e sociali e della comunità .</i>	
	14. <i>Sono indicati interventi di apprendimento emotivo e programmi di problem-solving per i bambini tra 3 e 7 anni nelle scuole dove vi sia un'alta percentuale di bambini identificati a rischio di sviluppare il disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta a seguito di qualsiasi dei seguenti fattori:</i> <i>a. basso status socio-economico</i> <i>b. basso rendimento scolastico</i> <i>c. abuso di minori o di conflitto genitoriale</i> <i>d. genitori separati o divorziati</i> <i>e. genitori di salute mentale o con problemi abuso di sostanza</i> <i>f. contatto parentale con il sistema di giustizia penale</i>	
	15. <i>I programmi di apprendimento e di problem-solving emotivo in aula dovrebbe essere fornito in un'atmosfera positiva e consistono in interventi destinati a:</i> <i>a. aumentare la consapevolezza dei bambini delle proprie emozioni e la comprensione di emozioni altrui</i> <i>b. insegnare l'autocontrollo di stati eccitazione e di regolazione del comportamento</i> <i>c. promuovere un concetto di sé positivo e le buone relazioni tra pari</i> <i>d. sviluppare le capacità di problem-solving dei bambini</i>	
	16. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono intervenire a sostegno di: capacità genitoriali, funzionamento della famiglia, bambino rispetto a capacità relazionali, difficoltà a scuola, influenze del gruppo dei pari.</i>	C
17. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza nonché i docenti delle scuole medie e gli educatori sportivi devono intervenire con programmi per migliorare le abilità interpersonali dell'adolescente utilizzando tecniche che derivano dalla terapia cognitivo-comportamentale (CBT).</i>	C	
18. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza devono erogare programmi di formazione per gli insegnanti e gli educatori nei vari contesti si occupano di adolescenti con Disturbo della condotta.</i>	C	
19. <i>I docenti delle scuole medie e gli educatori sportivi possono affrontare le difficoltà a scuola come i problemi di apprendimento e il comportamento dirimpente; e inoltre migliorare l'influenza del gruppo dei pari.</i>	C	

	20. Sono previsti interventi di gruppo in età 3/9 anni e interventi multimodali, per esempio, la terapia multisistemica, ai bambini e ai giovani di età compresa tra gli 11 e i 17 anni per il trattamento del disturbo della condotta.	C
	21. I Servizi di salute mentale di primo livello per l'adolescenza e l'età adulta devono offrire interventi di parent-training mirato a migliorare le capacità genitoriali. Quando si pianifica il trattamento il coinvolgimento della famiglia è particolarmente importante; in alcuni casi può essere utile ridurre la conflittualità di coppia.	C
NICE 2013	22. Non sono indicati interventi farmacologici per la gestione ordinaria dei problemi comportamentali nei bambini e giovani con disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta. Metilfenidato o atomoxetina, possono essere prescritti nell'ambito delle indicazioni autorizzate, per la gestione di ADH. Considerare il risperidone per la gestione a breve termine di un comportamento gravemente agitato.	

<b>Abuso di sostanze</b>		
LG UK 2007  Conduites Addictives chez les Adolescents . 2014;  DRUG MISUSE. NATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE n.51. 2008	23. I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono considerare che alcuni disturbi psicologici rappresentano un fattore di rischio per l'uso problematico delle sostanze: in particolare la presenza di disturbi d'ansia e disturbi dell'umore. Il 41% dei soggetti con uso problematico di sostanze ha presentato ADHD durante l'infanzia, il 20% depressione e il 14% DPTS, spesso correlato ad un abuso (60% dei casi).	
	24. I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze nonché i docenti delle scuole medie e gli educatori sportivi, devono considerare che caratteristiche quali la mancanza di assertività e fiducia in se stessi, la presenza di bassa autostima, impulsività, nonché la tendenza alla ricerca della novità e di nuove sensazioni rappresentano fattori di rischio per l'uso problematico di sostanze. La presenza di problemi comportamentali, quali comportamenti aggressivi o atteggiamenti disinibiti, sono correlati con un uso problematico precoce delle sostanze.	
LG UK 2007  Conduites Addictives chez les Adolescents . 2014;  DRUG MISUSE. NATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE n.51. 2008	25. I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono considerare che la presenza di eventi di vita negativi, quali ad esempio la presenza di una situazione familiare complessa, caratterizzata da disturbi psichiatrici nei genitori, presenza di comportamenti d'abuso e dipendenza (tabagismo, gioco d'azzardo, alcolismo, consumo di cannabis e droghe illecite) raddoppiano la possibilità di intraprendere comportamenti d'abuso a loro volta.	
	26. I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono considerare che vi è una significativa trasmissione intergenerazionale del comportamento d'abuso/uso problematico. L'ereditabilità delle dipendenze è stimata attorno al 50%, i fattori biologici non agiscono direttamente, ma in relazione a fattori non biologici, i cosiddetti fattori ambientali, o attraverso le interazioni gene-ambiente e meccanismi epigenetici.	
	27. I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono considerare che la provenienza da famiglie giovani, non nucleari, favorite sul piano economico o mono-parentali favorisce la sperimentazione di sostanze. La provenienza da un livello socio-economico basso e da un contesto sociale svantaggiato favorisce il consumo problematico della sostanza, l'abuso e il gioco d'azzardo patologico.	

	<p>28. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono considerare che l'esposizione in utero alle sostanze favorisce la comparsa di un uso problematico delle sostanze.</i></p>	
	<p>29. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze nonché i docenti delle scuole medie e gli educatori sportivi devono considerare che un percorso scolastico problematico caratterizzato da bocciature, percorsi professionalizzanti o apprendistati, abbandono scolastico, mancanza di scolarizzazione favorisce il consumo problematico delle sostanze.</i></p>	
	<p>30. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze nonché i docenti delle scuole medie e gli educatori sportivi devono considerare che per i giovani adulti un fattore di rischio significativo è rappresentato anche dal livello elevato di istruzione, in quanto espone i soggetti al consumo occasionale e alla sperimentazione ludica, durante feste. L'elevato livello d'istruzione potrebbe rappresentare un significativo fattore di rischio anche per il fatto che potrebbe indurre una falsa credenza di padronanza rispetto al consumo della sostanza stessa.</i></p>	
DRUG MISUSE. NATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE n.51. 2008	<p>31. <i>Giovani che hanno amici che consumano sostanze psicoattive hanno livelli di consumo più elevati rispetto a coloro i cui amici non consumano sostanze.</i></p>	
Department of Health England, 2007, Chapter 7.6.5.2	<p>32. <i>Il trattamento strutturato da parte dei servizi specialistici per le dipendenze è raccomandato per minori di 18 anni che abbiano significativi problemi di abuso di sostanze (in genere policonsumatori e alcolisti). Il trattamento include, di norma, interventi specifici di riduzione del danno e trattamenti psicosociali (motivazionali, cognitivo-comportamentali, familiari di sostegno) all'interno di un progetto assistenziale che fa parte di un più ampio pacchetto di interventi rivolti ai bisogni globali di salute, familiari ed educativi della persona giovane. Occasionalmente può includere interventi farmacologici, sia per l'abuso di droga che per le condizioni di co-morbidità. Questi interventi specifici sulle sostanze richiedono di essere coordinati con gli interventi forniti degli altri servizi.</i></p>	
	<p>33. <i>La scelta del trattamento terapeutico si effettua dopo la valutazione dei bisogni. Gli interventi sono: farmacologici specifici per la dipendenza o indicati per le comorbidità psichiatriche o somatiche, psicologici (colloqui di sostegno, psicoterapie, terapia familiare), socio educativi.</i></p>	C
HAS, Prise en charge des consommateurs de cocaïne, Febbraio 2010, Cap. 7.9	<p>34. <i>L'offerta di cura dei servizi specialistici per le dipendenze (accompagnamento) deve considerare la situazione della persona al momento dell'incontro, valutare le priorità sanitarie, sociali, giudiziarie e definire, a partire da questa valutazione, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine. Deve adattarsi alla situazione sociale.</i></p> <p><i>L'accompagnamento si basa su tre assi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La consultazione sanitaria</i></li> <li>• <i>Il sostegno psicosociale</i></li> <li>• <i>Il sostegno psicologico</i></li> </ul>	
Alcohol-use disorders, the NICE guideline 2011	<p>35. <i>Il coinvolgimento della famiglia è associato con esiti migliori nel livello di impegno della persona giovane (Dakof et al., 2001). Questo coinvolgimento ha molte finalità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ottenere (in relazione al consenso e alle abilità del minore) il necessario consenso al trattamento</i></li> <li>• <i>ottenere il supporto della famiglia nel trattamento</i></li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ottenere maggiori informazioni sulla valutazione del consumo di alcol e sul funzionamento generale dell'adolescente giovane adulto</i></li> <li>• <i>verificare possibili coinvolgimenti della famiglia nella formazione di genitori e maggior coinvolgimento formale in programmi familiari specifici</i></li> </ul>	
Alcohol-use disorders, the NICE guideline 2011	36. <i>Le Unità Operative Dipendenze Patologiche devono offrire programmi multicomponenti come ad esempio: terapia familiare multidimensionale; terapia familiare breve; terapia multi sistemica.</i>	
HAS, Prise en charge des consommateurs de cocaïne, Febbraio 2010, Cap. 7.9	37. <i>Nell'ambito dell'offerta di cura, le Unità Operative Dipendenze Patologiche possono considerare la terapia familiare quale modalità di cura orientata alla ricostruzione della persona, e al mantenimento del controllo sui comportamenti d'abuso.</i>	
HAS, Prise en charge des consommateurs de cocaïne, Febbraio 2010, Cap. 7.9	38. <i>Nell'ambito dell'offerta di cura, le Unità Operative Dipendenze Patologiche possono considerare il colloquio motivazionale, centrato sul consumatore, finalizzato ad aumentare la motivazione e risolvere l'ambivalenza. Il colloquio motivazionale deve essere combinato con altre strategie psicoterapeutiche per avere un effetto sull'adesione alla presa in carico e sulla riduzione dei consumi, soprattutto tra coloro che abusano o sono dipendenti.</i>	B
HAS, Prise en charge des consommateurs de cocaïne, Febbraio 2010, Cap. 7.9	39. <i>Nell'ambito dell'offerta di cura, le Unità Operative Dipendenze Patologiche possono considerare, per i pazienti aderenti ed eleggibili, la psicoterapia quale componente del trattamento, integrato nel quadro dell'approccio multimodale. Le principali psicoterapie adattate per il trattamento delle dipendenze sono:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>terapie psicodinamiche;</i></li> <li>• <i>terapia cognitivo-comportamentale (CBT);</i></li> <li>• <i>terapie sistemiche;</i></li> <li>• <i>terapie comportamentali (gestione della contingenza, rinforzo di comunità)</i></li> </ul>	
HAS, Prise en charge des consommateurs de cocaïne, Febbraio 2010, Cap. 7.9	40. <i>Nell'ambito dell'offerta di cura, le Unità Operative Dipendenze Patologiche possono considerare, il "drug counseling" approccio educativo basato sull'intervento di un gruppo di pari, in aggiunta ad altre modalità terapeutiche.</i>	
LG UK 2007; Conduites Addictives chez les Adolescents . 2014; DRUG MISUSE. NATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE n.51. 2008	41. <i>La durata dei trattamenti farmacologici specifici per le dipendenze può svilupparsi sul breve, medio e lungo periodo (disintossicazioni con farmaci sintomatici o con agonisti, trattamenti antagonisti e avversivanti, terapia con agonisti nel lungo termine).</i>	
Department of Health England, 2007, Chapter 7.6.6.1	42. <i>Il trattamento farmacologico è indicato se la persona giovane è sempre dipendente da una combinazione di alcool, oppiacei e benzodiazepine</i>	

<p>LG UK 2007; Conduites Addictives chez les Adolescents . 2014; DRUG MISUSE. NATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE n.51. 2008</p>	<p>43. <i>Le comorbidità sono trattate in collaborazione tra NPIA e U.O. Dipendenze Patologiche, eventuali trattamenti farmacologici devono essere scelti tenendo conto delle loro interazioni e degli effetti collaterali (antidepressivi di II generazione, antipsicotici atipici...) oltre che delle condizioni cliniche del paziente.</i></p>	
<p>Alcohol-use disorders, the NICE guideline 2011)</p>	<p>44. <i>Dopo un attento esame dei rischi e dei benefici, gli specialisti possono considerare di offrire acamprosate o naltrexone orale in combinazione con la psicoterapia per i giovani di età compresa tra i 16 ei 17 anni che non sono coinvolti in o non hanno beneficiato di un programma di trattamento multicomponente. Acamprosate o disulfiram possono avere un ruolo, ma solo quando c'è un supporto da parte di un team specializzato in abuso di sostanze e della famiglia, con attenzione alla compliance e al controllo. Prima di iniziare il trattamento con acamprosate, naltrexone orale o disulfiram, occorre effettuare una valutazione medica completa. In particolare, in caso di controindicazioni o precauzioni è indicato discuterne con l'utente.</i></p>	
<p>LG UK 2007; Conduites Addictives chez les Adolescents. 2014;</p>	<p>45. <i>Trattamenti per la disintossicazione: i ricoveri sono programmati dalle U.O. Dipendenze Patologiche e l'invio avviene in modo diretto. Per la disintossicazione da sostanze, anche a seconda dell'offerta assistenziale disponibile sul territorio, le U.O. Dipendenze Patologiche possono inviare ai posti letto dedicati nei Centri Osservazione e Diagnosi (COD) e nelle residenze a trattamento intensivo.</i></p>	
<p>DRUG MISUSE. NATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE n.51. 2008</p>	<p>46. <i>Trattamenti residenziali: sono offerti dalle U.O. Dipendenze Patologiche presso le strutture accreditate del privato sociale per la cura delle dipendenze delle persone adolescenti e giovani adulte con finalità riabilitative orientate al reinserimento e recupero del ruolo sociale (scolastico e/o lavorativo).</i></p>	
	<p>47. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze curano con particolare attenzione la fase dell'inserimento, definendo obiettivi realistici e condivisi con l'utente e i suoi familiari/tutore e la comunità terapeutica e la fase della dimissione finalizzata al reinserimento sociale.</i></p>	

## Disturbi gravi di personalità

Codici nosografici di riferimento: ICD 10: F60\*, F61\*, F62\*, F63\*, F68\*; ICD 9: 301\*, 313.82

Linee di Indirizzo della Regione Emilia Romagna per il trattamento o dei disturbi Gravi di Personalità	48. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono considerare che le persone giovani con Disturbo grave di personalità o con sintomi e comportamenti che suggeriscono la possibilità di una diagnosi di questo tipo, devono avere accesso ad una gamma completa ed ampia di trattamenti e servizi in seno ai Servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza.</i>
	49. <i>I Servizi di salute mentale per l'adolescenza devono estendere il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio alla psichiatria adulti, non solo per i ragazzi con una diagnosi di Disturbo di personalità, ma – data la difficoltà a porre diagnosi di DP in età evolutiva – anche ad alcuni quadri clinici di consistente gravità (in particolare in aggiunta ad un uso di sostanze e a un abbandono del percorso scolastico) che vengono indicati come possibili precursori di DP.</i>  Vengono suggeriti i seguenti codici ICD-10: a. <i>F92 disturbi misti della condotta e delle emozioni</i> b. <i>F90.1 disturbo ipercinetico della condotta</i> c. <i>F91.1 disturbo della condotta con ridotta socializzazione</i> d. <i>F91.3 disturbo oppositivo provocatorio</i>
	50. <i>Per i quadri descritti, a partire dai 16 anni, è quindi opportuno attivare un approfondimento diagnostico ed eventualmente il percorso diagnostico - trattamentale oggetto dei seguenti indirizzi.</i>
	51. <i>Viste le limitazioni che la diagnosi categoriale di tipo nosografico presenta per l'inquadramento dei disturbi di personalità, in particolare in età evolutiva, è indicato completare detto inquadramento con un approfondimento della diagnosi di tratto. I pazienti con diagnosi di Disturbo di personalità, e quelli che presentano i codici diagnostici sopradescritti, dovrebbero poter usufruire di un approfondimento relativo alla personalità con una valutazione dimensionale utilizzando scale e test di valutazione.</i>
	52. <i>I Servizi sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono cooperare per garantire la transizione di un ragazzo con diagnosi di DGP, o condizione clinica assimilabile, mettendo in atto i passi e le attenzioni indicate in letteratura come appropriate, in particolare:</i> a. <i>I tempi della transizione devono essere definiti, precisi ed al contempo elastici a seconda delle esigenze cliniche (a partire dai 17 anni, un periodo di almeno 6 mesi);</i> b. <i>Le informazioni fornite ai ragazzi ed ai familiari devono essere chiare;</i> c. <i>Si devono prevedere dei protocolli scritti definiti fra servizi di NPIA e servizi di psichiatria adulti (in particolare viene consigliata per i casi più gravi l'identificazione di un "case manager", percorsi di formazione congiunta degli operatori dei diversi servizi, riunioni periodiche di discussione dei casi, periodi di stages nei diversi servizi);</i> d. <i>Si deve prevedere il coinvolgimento del ragazzo e – qualora possibile – dei familiari (con l'obiettivo di affrontare le diverse aree di vita che la transizione comporta) nella costruzione congiunta di un progetto di cura</i>
	53. <i>I Servizi sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono adottare contratto di cura</i>

	<i>(comprensivo degli obiettivi di trattamento, della definizione dei compiti dell'equipe, dei compiti del paziente, dei comportamenti non negoziabili e del piano di gestione delle crisi) come strumento di regolazione della relazione terapeutica tra l'utente, i suoi familiari e l'equipe curante.</i>	
	54. <i>I Servizi sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono erogare trattamenti psicosociali integrati, adottando un approccio motivazionale e possibilmente erogando terapie manualizzate individuali e/o di gruppo (terapia dialettico comportamentale, terapia basta sulla mentalizzazione; terapia focalizzata sul transfert).</i>	
	55. <i>Il trattamento farmacologico è indicato solo per brevi fasi e per obiettivi sintomatologici limitati</i>	
	56. <i>I familiari dei pazienti con DGP devono essere coinvolti nel piano di trattamento (contratto di cura) ed eventualmente partecipare a sessioni di tipo psicoeducazionale per la comprensione del disturbo.</i>	

<b>Disturbi del comportamento alimentare</b>		
Codici nosografici di riferimento: ICD 10: F50*; ICD 9: 3071,3075*		
Linee di indirizzo clinico per la prevenzione, diagnosi e trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare nell'Infanzia e nell'Adolescenza (0-18a) Tavolo Regionale DCA dell'Emilia-Romagna - Gruppo Età Evolutiva – Anno 2012	57. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono considerare i fattori di rischio per lo sviluppo dei DCA:</i> <i>a. l'idealizzazione della magrezza.</i> <i>b. Le diete e gli stili alimentari abnormi:</i> <i>c. le preoccupazioni eccessive per il peso e le forme del corpo</i> <i>d. le esperienze dolorose di derisione legate al sovrappeso e all'aspetto fisico</i> <i>e. i tratti di personalità caratterizzati da perfezionismo, bassa autostima, ossessività</i> <i>f. le difficoltà di mentalizzazione</i> <i>g. il pensiero dicotomico</i> <i>h. le malattie croniche che prevedono l'esperienza di un regime alimentare controllato e restrittivo (es. diabete melliti tipo I e celiachia) correlano in modo statisticamente significativo con l'insorgenza di un DCA;</i> <i>i. avere uno o due genitori con depressione e/o DCA;</i> <i>j. abuso psicologico, fisico e sociale.</i>	
	58. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono considerare i fattori di protezione per lo sviluppo dei DCA</i> <i>a. Resilienza: buone capacità di affrontare le situazioni difficili.</i> <i>b. Buona stima di sé (piacere agli altri e capacità di far bene le cose)</i> <i>c. Capacità di pensiero critico, autonomo e non discriminante</i>	

<b>Disturbi d'ansia</b>		
Anxiety and Depression in Children and Youth – Diagnosis	59. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono considerare che la vulnerabilità individuale dei disturbi d'ansia sembra essere mediata da fattori genetici (propensione all'eccitazione ansiosa, spesso evidente nei membri della famiglia) e fattori ambientali</i>	

and Treatment Effective, January 1, 2010	<i>(esposizione a situazioni di paura, umiliazione o traumi, genitorialità con stili di eccessiva preoccupazione, il rifiuto dei genitori, eventi stressanti). La paura eccessiva è mantenuta e rafforzata da evasione e distorsioni cognitive.</i>	
	60. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono considerare che eventi di vita stressanti, come la malattia grave o un incidente che coinvolge un membro della famiglia o un amico stretto, malattie fisiche personali, il peggioramento delle relazioni familiari, problemi scolastici possono favorire lo sviluppo di un disturbo d'ansia.</i>	
LG NICE 2013	61. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono considerare l'impatto degli ambiti casa, scuola e ambienti sociali più ampi sul mantenimento del disturbo d'ansia sociale e per il suo trattamento mantenere una costante attenzione sui bisogni emotivi, educativi e sociali del bambino/a o del ragazzo/a e lavorare con i genitori, gli insegnanti, gli altri adulti e coetanei per creare un ambiente che sostiene la realizzazione degli obiettivi concordati di trattamento.</i>	
	<b>Disturbo d'ansia sociale</b>	
	62. <i>I Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono offrire trattamenti psicologici individuali o di gruppo, possibilmente di tipo cognitivo comportamentale, focalizzati sull'ansia sociale per gli adolescenti e i giovani.</i>	
	63. <i>I Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono offrire per l'ansia sociale trattamenti psicoeducazionali, esposizione a situazioni sociali temute o evitate, formazione di competenze ed abilità sociali.</i>	
	64. <i>I Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono offrire psicoeducazione e formazione professionale per i genitori; questo intervento può essere svolto da personale clinico o educativo.</i>	
	65. <i>Il disturbo d'ansia può trovare risposta terapeutica anche grazie ad un nuovo ambiente protettivo a seguito di allontanamento e inserimento in comunità.</i>	
LG NICE 2013	66. <i>I Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono fornire istruzioni sui disturbi d'ansia e la loro evoluzione. I pazienti e ai familiari possono essere indirizzati alle associazioni e ai materiali informativi che promuovano la comprensione dei disturbi d'ansia e di altri problemi di salute mentale.</i>	

<b>Disturbo di panico</b>		
LG APA 2009	67. <i>I Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono offrire un intervento di tipo psico-educativo che può alleviare alcuni dei sintomi del disturbo di panico, aiutando il paziente a rendersi conto che i suoi sintomi non comportano pericoli per la vita, e non sono rari. Occorre informare il paziente che in quasi tutti i casi, le sensazioni fisiche che caratterizzano gli attacchi di panico non sono pericolosi e diminuiranno.</i>	
LG NICE 2005	68. <i>I Servizi sanitari di I livello e i servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono valutare ed eventualmente trattare la coesistenza di condizioni di comorbidità, disturbi dell'apprendimento, persistenti fattori di rischio psicosociali come conflitti familiari, o la presenza di problemi di salute mentale dei genitori.</i>	
LG NICE 2005	69. <i>Nei casi resistenti all'intervento psicoeducativo, i Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono offrire un</i>	

	<i>trattamento psicologico, possibilmente psicoterapia, di tipo cognitivo comportamentale (CBT) con coinvolgimento di famiglia e adulti riferimento.</i>	
LG APA 2009	70. <i>I Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono proporre l'uso di un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI), inibitore della ricaptazione della serotonina-norepinefrina (SNRI), antidepressivi triciclici (TCA), benzodiazepine (appropriato come monoterapia solo in assenza di un disturbo dell'umore co-occorrenti).</i>	

<b>Disturbo ossessivo compulsivo</b>		
LG NICE 2005	71. <i>I Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono offrire un trattamento psicologico possibilmente psicoterapia di tipo cognitivo comportamentale (CBT) con coinvolgimento di famiglia e adulti riferimento.</i>	
LG NICE 2005	72. <i>Nei casi resistenti all'intervento psicologico, i Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono offrire un trattamento farmacologico con Fluoxetina.</i>	

<b>Disturbi dell'umore</b>		
Codici nosografici di riferimento ICD 10: F3*; ICD 9: 296*, 3004, 3090, 3091, 311, 2980		
Beyond blue-Clinical practice guidelines-Depression in adolescents and young adults, Anno 2011	73. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta, devono considerare i fattori che possono aumentare il rischio di sintomi depressivi e di depressione negli adolescenti e nei giovani:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>a. eventi familiari: disturbi della salute mentale nei genitori, il divorzio dei genitori, negativo stile genitoriale e la famiglia povera funzionamento;</i></li> <li><i>b. eventi della prima infanzia: problemi di salute neonatale (in particolare nei maschi) e basso peso alla nascita nelle femmine;</i></li> <li><i>c. eventi dell'infanzia: comportamento dirompente, scarso controllo emotivo, e sessuale e abuso fisico; forte attaccamento e dipendenza infantile-genitore percepita.</i></li> <li><i>d. eventi dell'adolescenza: bassa autostima, scarsa percezione del loro ruolo all'interno della famiglia (in particolare nei maschi), l'attribuzione negativa (stile cognitivo ad alto rischio), scarsa immagine corporea, e sintomi di disturbi del comportamento alimentare (nelle femmine).</i></li> <li><i>e. eventi psicologici: pensieri suicidi o tentativi, problemi internalizzati (co-occorrenti umore e sintomi di ansia), ansia, e alti livelli di nevrosi o psicoticismo; comportamento ipomaniacale può predire ipomania in gioventù, mentre mania aumenta il rischio di depressione maggiore</i></li> <li><i>f. eventi connessi alla salute fisica: malattie mediche o disabilità fisica; percepire la propria salute come deficitaria; disturbi del sonno;</i></li> <li><i>g. eventi di vita negativi: conflitti familiari, perdita di un amico o di esperienze relative e traumatiche, esposizione a un suicidio o tentativo di suicidio di un amico o un familiare, per le femmine la perdita di un genitore basso rendimento scolastico;</i></li> <li><i>h. comportamenti a rischio: fumo, uso di cannabis, gravidanza.</i></li> </ul>	

Beyond blue-Clinical practice guidelines-Depression in adolescents and young adults,	<p>74. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta, devono considerare i fattori che possono ridurre il rischio di sintomi depressivi e di depressione negli adolescenti e nei giovani:</i></p> <p>a. <i>eventi familiari: il supporto dei genitori (con un buon supporto tra pari), buono funzionamento della famiglia e alto background socio-economico;</i></p> <p>b. <i>eventi dell'adolescenza: alta autostima, stile di attribuzione positivo e con un alto numero di tratti resilienti a livello identitario potrebbe essere protettivo.</i></p>	
Beyond blue-Clinical practice guidelines-Depression in adolescents and young adults,	<p>75. <i>Gli interventi psicosociali valutati sino ad oggi non sono raccomandati per progetti di prevenzione universale dei sintomi depressivi o disturbo depressivo maggiore nella popolazione adolescente. È necessaria ricerca per individuare approcci efficaci.</i></p>	
	<p>76. <i>Per i bambini che soffrono di un fattore di rischio per motivi familiari per la depressione, sono prioritari gli interventi focalizzati sulla famiglia per la prevenzione del disturbo depressivo maggiore in adolescenza.</i></p>	
LG Avalia 2009	<p>77. <i>I Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono offrire trattamenti che comprendono: psicoeducazione, sostegno individuale e familiare, tecniche di problem solving, coordinamento con altri professionisti, attenzione ad altre comorbidità, e monitoraggio periodico delle condizioni psichiche.</i></p>	
LG NICE 2005	<p>78. <i>I Servizi sanitari di I livello e i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono valutare, ed eventualmente trattare, i disturbi affettivi in relazione a comorbidità, problemi di sviluppo, sociali ed educativi. Occorre inoltre prestare attenzione alla eventuale presenza di problemi psichiatrici dei genitori (soprattutto depressione) con necessità di trattamento parallelo.</i></p>	
LG Avalia 2009	<p>79. <i>Quando possibile adolescenti con depressione moderata saranno inizialmente trattati con psicoterapia, possibilmente con le forme che hanno avuto migliori risultati di efficacia clinica (terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale o familiare.</i></p>	B
	<p>80. <i>Interventi per le famiglie debbono essere considerati per la prevenzione del disturbo depressivo maggiore in adolescenza.</i></p>	
LG NICE 2005	<p>81. <i>La prescrizione di Fluoxetina come inibitore della ricaptazione della serotonina (SSRI) deve essere presa in considerazione per la riduzione a breve termine dei sintomi depressivi di grado da moderato a grave nel disturbo depressivo maggiore. A seguito di una valutazione multidimensionale, in caso di depressione da moderata a grave in una persona giovane (12-18 anni) che non risponde a una specifica terapia psicologica dopo 4-6 sedute, dovrebbe essere utilizzata Fluoxetina.</i></p>	B
LG Avalia 2009	<p>82. <i>L'ospedalizzazione di adolescenti con depressione maggiore deve essere considerato: se c'è un alto rischio di suicidio, se la depressione è grave ed è accompagnata da sintomi psicotici, in caso di associazione con gravi comorbidità, quando vi sono ragioni che rendono difficile garantire un monitoraggio ambulatoriale adeguato e controllo sul comportamento.</i></p>	

## Psicosi

Codici nosografici di riferimento: F20\*, F21\*, F22\*, F23\*, F24\*, F25\*, F26\*, F27\*, F28\*, F29\*; ICD 9: 295\*, 298\* (-2980), 297\*

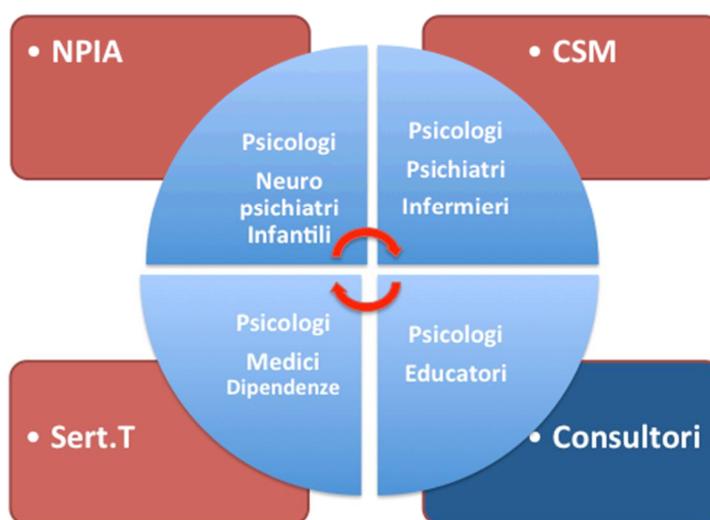
PSYCHOSIS AND SCHIZOPHRENIA IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE RECOGNITION AND MANAGEMENT National Clinical Guideline Number155-2013	83. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono concorrere ad identificare 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.</i>
	84. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono 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.</i>
	85. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono 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, il lupus cerebrale, l'intossicazione da droghe e rare condizioni neurodegenerative come la malattia di Wilson e l'adrenoleucodistrofia. L'indice di sospetto di cause organiche è incrementato quando ci sono segni neurologici positivi, e livelli di coscienza incostanti.</i>
	86. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono 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).</i>
	87. <i>I Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze devono considerare che 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 per il successivo esordio di una psicosi. Differenze nelle dimensioni della corteccia cerebellare e temporale sinistra sono risultate associate al successivo esordio della schizofrenia in persone con alto rischio genetico.</i>
PSYCHOSIS AND SCHIZOPHRENIA IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE RECOGNITION AND MANAGEMENT National Clinical Guideline	88. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta devono considerare che 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.</i>

Number155-2013		
PSYCHOSIS AND SCHIZOPHRENIA IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE RECOGNITION AND MANAGEMENT National Clinical Guideline Number155-2013	<p>89. <i>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:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>fornire una relazione terapeutica di sostegno</i></li> <li>b. <i>trasmettere fiducia ai pazienti e alle famiglie</i></li> <li>c. <i>introdurre l'idea di disturbo (informazioni di base - aiutare i pazienti ad accettare farmaco)</i></li> <li>d. <i>richiedere il coinvolgimento della famiglia e fornire loro supporto</i></li> <li>e. <i>evitare al paziente di danneggiare lui/lei stessa o altri</i></li> <li>f. <i>ridurre la sintomatologia psicotica e sintomi associati</i></li> <li>g. <i>gestire il comportamento bizzarro</i></li> <li>h. <i>tentare di ripristinare il livello funzionale precedente</i></li> </ul>	
LG NICE 2013	<p>90. <i>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.</i></p>	
	<p>91. <i>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:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>raggiungere gli obiettivi realistici di studio o di lavoro</i></li> <li>b. <i>Sviluppare relazioni sociali ed affettive normali</i></li> </ul>	
	<p>92. <i>Per sintomi psicotici o cambiamenti di stato mentale che non sono sufficienti per una diagnosi di psicosi o schizofrenia, o con l'obiettivo di diminuire il rischio di psicosi non devono essere usati farmaci antipsicotici: le opzioni di trattamento per il primo episodio psicotico per gli adolescenti e i giovani con primo episodio di psicosi vanno utilizzati farmaci antipsicotici orali; è preferibile uso di antipsicotici di seconda generazione. L'utilizzo di clozapina va previsto dopo uno o due tentativi falliti con altri antipsicotici. Non va attuato l'uso di farmaci antipsicotici combinati, se non come ultima risorsa.</i></p>	
	<p>93. <i>Se è necessaria l'ospedalizzazione per il trattamento di un adolescente o un giovane affetto da psicosi, questo dovrebbe essere attuato in un ambiente adeguato alla sua età.</i></p>	
LG NICE 2013	<p>94. <i>I Servizi sociali e sanitari di I livello, i Servizi di salute mentale per l'adolescenza e l'età adulta e i Servizi per le dipendenze nel corso di psicosi in comorbidità con l'abuso di sostanze devono offrire trattamenti integrati attraverso un approccio multi disciplinare specialistico, comprendendo anche i Servizi sociali al fine di garantire che le prospettive di vita dell'adolescente e del giovane siano tutelate.</i></p>	

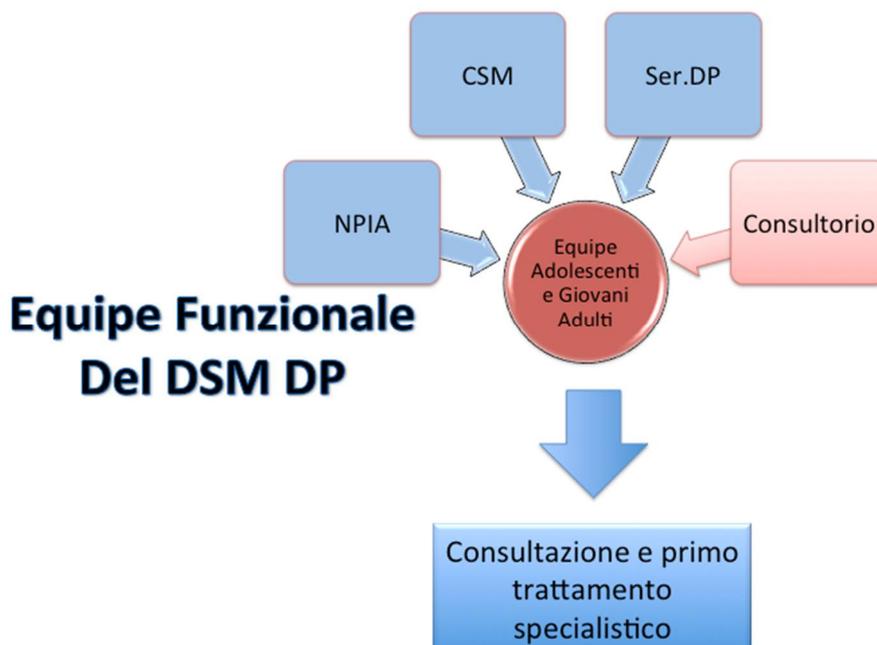
## 5. La configurazione dei servizi per i percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti

1. La configurazione organizzativa dei percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti è funzionale all'implementazione e all'applicazione delle raccomandazioni (trasversali e specifiche) descritte in queste raccomandazioni, in gran parte derivate dalla confluenza di percorsi di cura già identificati e descritti separatamente in altre linee di programmazione regionale (DCA, DGP, Esordi Psicotici) e dal "Progetto Adolescenza".
2. I servizi che offrono percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti sono in connessione con il "Progetto Adolescenza" e con la programmazione che attraversa tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, educativi e scolastici sia di livello distrettuale che aziendale e attivano collaborazioni stabili con gli enti e i servizi che si occupano di adolescenti. Le collaborazioni hanno la finalità di intercettare precocemente, fornire una prima consultazione e/o consulenza ed eventualmente un primo trattamento nel caso di difficoltà emergenti.

### Servizi integrati ed evolutivi



3. I Servizi per i percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti (14-25 anni) devono avere caratteristiche comuni di accessibilità, atteggiamento non giudicante e orientamento all'empowerment e alla recovery:
  - a. Empowerment: porsi in modo che i ragazzi e i giovani siano aiutati a cercare le soluzioni più utili e a scegliere il percorso di cura;
  - b. Recovery: finalizzare le azioni di cura al migliore adattamento possibile e al maggiore sviluppo di ruolo sociale.

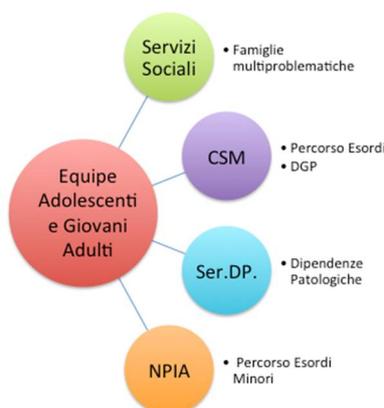


<p>4. <i>Le funzioni di consultazione psicologica e primo trattamento specialistico sono svolte da una equipe funzionale composta da psicologi, almeno un neuropsichiatra infantile della NPIA, almeno uno Psichiatra del Centro di Salute Mentale e almeno un Medico dei Servizi per le dipendenze. Completano l'equipe le seguenti figure professionali: Educatore/i con funzioni di prossimità e contatto con i contesti di aggregazione giovanile; Infermiere/i con funzioni di case manager e di supporto alle attività sanitarie. L'equipe dovrà avvalersi di una o più funzioni di mediazione culturale attivabili al bisogno. L'Equipe funzionale integra psicologi e/o altre figure professionali dei Consultori e/o degli Spazi Giovani ove queste svolgano attività clinica. In ogni caso l'equipe funzionale deve interfacciarsi con queste articolazioni del DCP istruendo percorsi di collaborazione.</i></p>
<p>5. <i>Tutte le figure professionali sono fornite dalle U.O. del DSM DP e, ove possibile e per le sole figure di psicologo, dal DCP secondo un piano di riorganizzazione delle risorse già impegnate nelle attività cliniche destinate agli adolescenti e ai giovani adulti. Il personale dedicato svolge di norma solo parzialmente la propria attività nei percorsi di cura di Salute Mentale per gli adolescenti e i giovani adulti.</i></p>
<p>6. <i>In ogni Distretto viene individuato un punto unico di accesso dedicato per l'età 14-25 anni e le loro famiglie che garantisca la consultazione psicologica entro 7 giorni dalla richiesta di accoglienza e l'attivazione al bisogno di altri professionisti dell'equipe funzionale. Accedono al punto unico anche genitori, insegnanti e altri adulti di riferimento.</i></p>
<p>7. <i>Le Aziende Sanitarie dovranno prevedere una responsabilità di coordinamento organizzativo dell'equipe funzionale e delle attività cliniche svolte nel DSM-DP, funzioni che si estendono alla raccolta, elaborazione e monitoraggio dei dati di attività per la fascia d'età target individuata.</i></p>
<p>8. <i>Qualora alcune Aziende Sanitarie utilizzino l'assetto qui indicato estendendolo alla fascia 11-13 dovranno costruire un progetto specifico integrato e sperimentale con i Servizi di NPIA distrettuali</i></p>
<p>9. <i>L'equipe funzionale ha una collocazione stabile di preferenza all'interno delle Case della Salute, o in altri contesti non connotati, come gli Spazi giovani dei consultori, distinti comunque dai Servizi specialistici del DSM-DP.</i></p>

## Ascolto del minore e consenso genitoriale

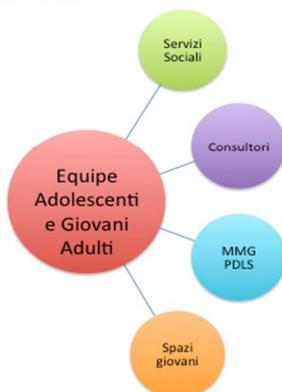
10. I servizi dei percorsi di cura di Salute Mentale per gli adolescenti e i giovani adulti sono aperti alla consultazione diretta gratuita con gli adolescenti di età pari o superiore ai 16 anni anche in assenza dei genitori. Tuttavia l'equipe tenderà in ogni caso al recupero del rapporto con la famiglia o il tutore e al suo coinvolgimento attivo nel percorso di cura.
11. In merito alla necessità di un consenso genitoriale preventivo ad un primo colloquio di un adolescente il Garante Regionale dei Diritti di Minori nel parere del 2/2/14 (AL.2014.0013827) afferma che "lo psicologo dello Spazio giovani, richiesto di un colloquio o di una consultazione da un soggetto minore di età, non può e non deve subordinarlo al preventivo consenso dei genitori." Tale formulazione che garantisce il libero accesso si applica normalmente agli spazi consultoriali di primo accesso, ma è possibile estenderla anche al primo contatto con l'attività dell'equipe funzionale.
12. Qualora dal primo contatto emergessero notizie rilevanti in merito alla salute e/o l'opportunità di avviare un percorso di valutazione e, quindi, un atto sanitario, il minore va avvisato che è necessario avere il consenso dei genitori che vanno quindi informati e convocati per la richiesta di consenso.
13. Nel caso uno o entrambi i genitori rifiutassero il consenso ed il minore richiedesse l'intervento sanitario, oppure questo fosse ritenuto indicato, il personale dell'equipe funzionale deve segnalare la situazione al Servizio Sociale competente ed al Tribunale per i Minorenni. Va coinvolto il Giudice Tutelare se la necessità di attivazione dell'intervento sanitario fosse ritenuta necessaria ed urgente.

## Stepped care Ascendente



14. L'equipe funzionale ha l'obiettivo di fornire una valutazione multidisciplinare e proporre un trattamento appropriato scegliendo il contesto meno invasivo. Pertanto, nell'ambito di una configurazione di rete declinata per intensità di cure (Stepped care) si integra con i PLS e i MMG, con i Consulitori (Cure Primarie), con i Servizi Specialistici del DSM-DP per fasi di trattamento definite ed al bisogno con il Servizio Sociale, attivando al bisogno collaborazioni con i Centri per le famiglie. I primi incontri del paziente e della famiglia con l'equipe funzionale o con singoli professionisti dell'equipe vengono organizzati nel punto di accesso.
15. La Stepped care per intensità di cura "discendente" con i Consulitori e le Cure Primarie e la Stepped care "ascendente" con i Servizi Specialistici del DSM-DP è fondata sulla contiguità funzionale dei percorsi, sulla collaborazione e sulla strutturazione delle transizioni.

## Stepped care Discendente



<p>16. I passaggi dall'equipe dei Servizi Consultoriali all'equipe funzionale Percorsi di Cura di Salute Mentale per gli adolescenti e giovani adulti deve avvenire coinvolgendo in pieno l'utente e i suoi familiari attraverso uno o più incontri congiunti tra le 2 equipe finalizzati a illustrare le ragioni della opportunità di coinvolgere professionisti funzionalmente specializzati in area clinica.</p>
<p>17. I passaggi dall'equipe Percorsi di Cura di Salute Mentale per gli adolescenti e giovani adulti all'equipe dei Servizi Consultoriali e/o alle Cure Primarie, deve avvenire coinvolgendo in pieno l'utente e i suoi familiari attraverso uno o più incontri congiunti tra le 2 equipe finalizzati a illustrare le ragioni della opportunità di ridurre l'intensità sanitaria delle cure passando ad un programma di interventi di tipo estensivo.</p>
<p>18. Durante le fasi di transizione particolare attenzione deve essere riservata alla comunicazione con l'utente e i suoi familiari/tutore, descrivendo i ruoli e le funzioni di ciascun membro dell'equipe e gli obiettivi che il cambiamento di livello di intensità implica.</p>
<p>19. Coerentemente con i principi del punto 3 (empowerment e recovery) la Stepped care è intesa come costante tensione verso i trattamenti meno invasivi. Lo sviluppo delle opportune "infrastrutture", auto aiuto, self help, piani di gestione delle crisi, e l'attivazione delle risorse di comunità e del contesto di appartenenza, sono modalità operative ordinarie dell'equipe funzionale dei percorsi di cura di Salute Mentale per gli adolescenti e i giovani adulti.</p>
<p>20. Le terapie offerte per le problematiche psicopatologiche sono primariamente di tipo psicologico. Il tipo di offerta di cura deve essere valutata insieme all'utente e i suoi familiari/tutore nel rispetto delle preferenze individuali. La capacità di scelta e di autonomia deve essere favorita attraverso una comunicazione chiara, accessibile e la disponibilità di materiale informativo. Il terapeuta deve sempre rappresentare con esattezza gli obiettivi specifici del trattamento, le metodologie, e anche i limiti o i possibili effetti negativi, conducendo opportune verifiche intermedie. La comunicazione deve adattarsi alle caratteristiche degli interlocutori, per cui nei confronti degli immigrati si utilizzeranno le funzioni di mediazione culturale.</p>
<p>21. I trattamenti farmacologici devono essere proposti dal medico solo dopo approfondita valutazione della condizione psicologica e che questa sia stata approcciata con metodi non invasivi. I medici dei servizi specialistici offrono la prescrizione farmacologica illustrando agli adolescenti e ai loro genitori o tutori e ai giovani adulti gli obiettivi specifici, i limiti dei trattamenti e tutti i possibili effetti collaterali e/o eventi avversi di breve e di lungo periodo. Quando possibile presentano due o più alternative farmacologiche descrivendo le caratteristiche positive e le criticità dei diversi trattamenti per favorire una scelta consapevole e condivisa dell'opzione di cura.</p>

## Glossario

### **Centri di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA), I Centri di salute mentale (CSM)**

I punti di accesso alla rete dei servizi di salute mentale sono il Centro di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) dedicato ai minori e il Centro di salute mentale (Csm) dedicato agli adulti, entrambi presenti in ogni Distretto dell'Azienda Usl. Assicurano servizi di prevenzione, diagnosi e cura in ambulatorio e a domicilio, in collaborazione con i servizi del territorio (a partire da medici e pediatri di famiglia), con i servizi ospedalieri, i servizi sociali dei Comuni, il volontariato e le associazioni di utenti e familiari, anche per fornire risposta a sempre più diffusi bisogni assistenziali quali, ad esempio, i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi dello spettro autistico.

### **Centri di salute mentale**

I CSM mantengono una posizione centrale nella rete dei servizi di psichiatria adulti. Essi costituiscono la sede di accesso ordinario dell'utenza, ove si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico della popolazione; assumono la missione di garantire continuità di assistenza per quei progetti che richiedono la collaborazione di più articolazioni o soggetti. Costituiscono il baricentro della intera rete dei servizi e mantengono la titolarità e la responsabilità dei percorsi di cura svolti anche nei settori ospedaliero, residenziale o penitenziario.

### **Consultorio**

Il Consultorio familiare garantisce le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della donna, dei singoli, delle coppie e delle famiglie, con equipe multidisciplinari (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale ed altre figure professionali localmente individuate quali dietista, dietologo, andrologo, genetista, senologo ecc.) che offrono percorsi preventivi e diagnostico terapeutici integrati con le strutture presenti nel territorio di riferimento. La presenza dell'equipe multiprofessionale è finalizzata alla tutela dell'integrità psicofisica/relazionale dell'utente e della continuità dell'assistenza.

### **Spazi giovani**

Il servizio dello "Spazio giovani", all'interno dei Consultori familiari, è dedicato alle ragazze e ai ragazzi (singoli, coppie o gruppi) dai 14 ai 19 anni che hanno bisogno di un ambiente riservato in cui parlare e/o avere consulenze o prestazioni sanitarie per problemi legati alla vita affettiva e relazionale, alla sessualità, e in campo ginecologico per la contraccezione e la prevenzione. Vi si accede liberamente, cioè senza la prescrizione del medico di famiglia. Il servizio è gratuito e garantisce la riservatezza.

### **Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche**

I DSMDP delle Aziende USL costituiscono il centro di coordinamento del sistema di cura ed assumono una funzione di garanzia dei processi che provvedono a diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo mentale, e delle dipendenze patologiche per l'intero arco della vita. Nel perseguire questa missione il DSMDP presta la propria attenzione al benessere psichico, fisico e sociale della persona, alla sua sofferenza, al suo bisogno di esercitare la sua autonomia in qualunque situazione di diversa abilità, ai disagi ed alle sue aspettative, al rispetto della libertà, della dignità e dell'autodeterminazione.

### **Sistema informativo regionale Salute Mentale (SISM)**

Il Sistema informativo regionale Salute Mentale (SISM) viene attivato in Emilia Romagna a partire dal 2005 per consentire un monitoraggio stabile dell'attività assistenziale dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) del territorio regionale. L'attivazione di questo nuovo flusso informativo ha lo scopo di rispondere a quanto previsto dal Sistema informativo nazionale per la salute mentale, di cui all'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 11 ottobre 2001. Concepito per costituire una base dati integrata, il Sistema informativo regionale della salute mentale comprende l'attività dei Centri di Salute Mentale a cui si aggiungono le prestazioni degli SPDC e delle Case di cura psichiatriche. La rilevazione, attiva dal gennaio 2005 con periodicità semestrale, è incentrata sul paziente, sulle prestazioni erogate e sui prodotti, di cui al progetto regionale svolto tra il 1998 e 2001 "Lo standard di prodotto nei Dipartimenti di Salute mentale della Regione Emilia-Romagna tra garanzie per i cittadini e strumento di pianificazione". Le informazioni minime, le modalità di invio e il tracciato record sono specificati nel documento tecnico di cui alla circolare n. 4 del 16/2/2005.

### **Sistema informativo regionale Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (SinpiaER).**

Il Sistema informativo regionale Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (SinpiaER), costruito in stretta collaborazione con i Servizi territoriali, risponde prioritariamente alle necessità di programmazione della Regione Emilia-Romagna, con finalità di: monitoraggio delle attività dei servizi di NPIA delle AUSL; valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza NPIA; supporto alle attività gestionali delle NPIA e alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito; supporto informativo alla redazione dei report regionali. L'analisi dei dati di attività ed epidemiologici risulta particolarmente importante per le logiche di promozione della salute dei bambini e degli adolescenti. La rilevazione, attiva dal gennaio 2010, con periodicità annuale, è incentrata sul paziente, sui processi clinico-assistenziali, sulle diagnosi, sui prodotti e sulle prestazioni erogate. Le specifiche tecniche del flusso sono contenute nella Circolare n. 3 del 17/02/2011.

### **Sistema informativo regionale dipendenze patologiche SIDER**

Il flusso SIDER risponde prioritariamente alle necessità di programmazione del settore dipendenze dell'Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche del Servizio Assistenza territoriale. Il flusso è coerente con le finalità delineate dal Ministero della Salute nell'ambito del DM 11 giugno 2010 - SIND (Sistema informativo nazionale dipendenze). Le finalità generali e specifiche sono: monitoraggio attività dei servizi per le dipendenze, con analisi del volume di prestazioni, attività sull'utenza e sui pattern di trattamento; valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza che accede ai SerT; raccolta di informazioni finalizzate a rispondere al tracciato e alle finalità contenute nel decreto ministeriale 11 giugno 2010 che istituisce SIND (Sistema informativo nazionale per le dipendenze); supporto alle attività gestionali dei SerT, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse; supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito; supporto informativo alla redazione del Rapporto annuale sulle dipendenze in Emilia-Romagna; adeguamento della raccolta di informazioni rispetto alle Linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze; garanzia della continuità della raccolta delle informazioni contenute nelle schede dati ministeriali e regionali (ANN, ALC e REG); raccolta dei dati in coerenza con quanto già previsto nei flussi informativi della Regione Emilia-Romagna per i Servizi di Psichiatria adulti (SISM) e Neuropsichiatria infantile (SINPIAER), soprattutto in relazione ai prodotti/trattamenti e prestazioni.

## Bibliografia

### Norme di riferimento

Legge regionale n.14/2008 “Norme per le giovani generazioni”

Delibera Assemblea Legislativa 117/2013 Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014

DGR 771/2016 Costruire Salute – Il Piano della prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia Romagna

DGR 391/2015 Linee guida Centri per le famiglie

DGR 1102/2014 Linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento

DGR 1012/2014 Linee guida per il riordino del Servizio sociale territoriale

DGR 1677/2013 Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso

DGR 590/2013 Linee di indirizzo regionali Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza: “Progetto Adolescenza”

DGR 1904/2011 Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari e successive modifiche

DGR 291/2010 Casa della salute. Indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale

DGR 1495/2003 Approvazione linee di indirizzo per le adozioni nazionali ed internazionali in Emilia Romagna in attuazione del Protocollo d'intesa di cui alla deliberazione del C.R.N. n. 331/2002. Modifica della deliberazione della G.R. n. 3080 del 28/12/2001

DGR 2307/2016 Programma regionale Dipendenze patologiche - Obiettivi 2017-2019

Circolare n. 7 del 29 maggio 2013, Linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna per il trattamento dei Disturbi gravi di personalità

Circolare n. 2 del 11 aprile 2016 Raccomadazioni regionali per la promozione della salute e del benessere nelle persone all'esordio psicotico

Les Edition Inserm, (2014). Conduites Addictives Chez Les Adolescents. Usages, prevention et accompagnement

Department of Health (England) and the devolved administrations (2008). Drug Misuse. Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline, 51.

Guidelines & Protocols Advisory Committee (2010). Anxiety and Depression in Children and Youth – Diagnosis and Treatment

National Cannabis Prevention and Information Centre, University of New South Wales, Sydney, (2009). Management of Cannabis use Disorder and Related Issues. A Clinician's Guide

Parent-training education programmes in the management of children with conduct disorders NICE, 2006

Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del disturbo da deficit dell'attività e dell'attenzione in età evolutiva in Emilia-Romagna”. Revisione 2013 della circolare n. 11 del 5 dicembre 2007

Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management NICE clinical Guideline Number 158, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2013

Psychosis and Schizophrenia in children and young people recognition and management National Clinical Guideline, Number 155, 2013

Regione Emilia Romagna (2013). Linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna per il trattamento dei disturbi Gravi di Personalità

Linee di indirizzo clinico per la prevenzione, diagnosi e trattamento dei Disturbi del comportamento Alimentare nell'infanzia e nell'Adolescenza (0-18 anni) – Tavolo Regionale DCA dell'Emilia-Romagna, Gruppo Età Evolutiva, 2012

Beyondblue- Clinical practice guidelines- Depression in adolescents and young adults, 2011

Clinical Practice Guideline on Major Depression in Childhood and Adolescence AVALIA, 2009

Depression in children and Young People: Identification and management in primary, community and secondary care, NICE Number 28, The British Psychological Society, 2005

Anxiety and Depression in Children and Youth – Diagnosis and Treatment Effective, January 1, 2010

CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS. Usages, prevention et accompagnement (Les éditions Inserm, 2014).

Drug misuse and dependence UK Guidelines on clinical management. London, Department of Health (England), 2007

DRUG MISUSE – Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline Number 51, 2008

National Cannabis prevention e centri di informazione University of New Galles del Sud, Sydney 2009