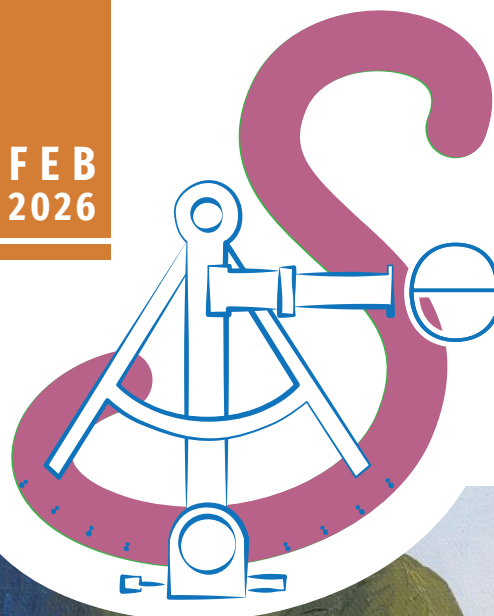
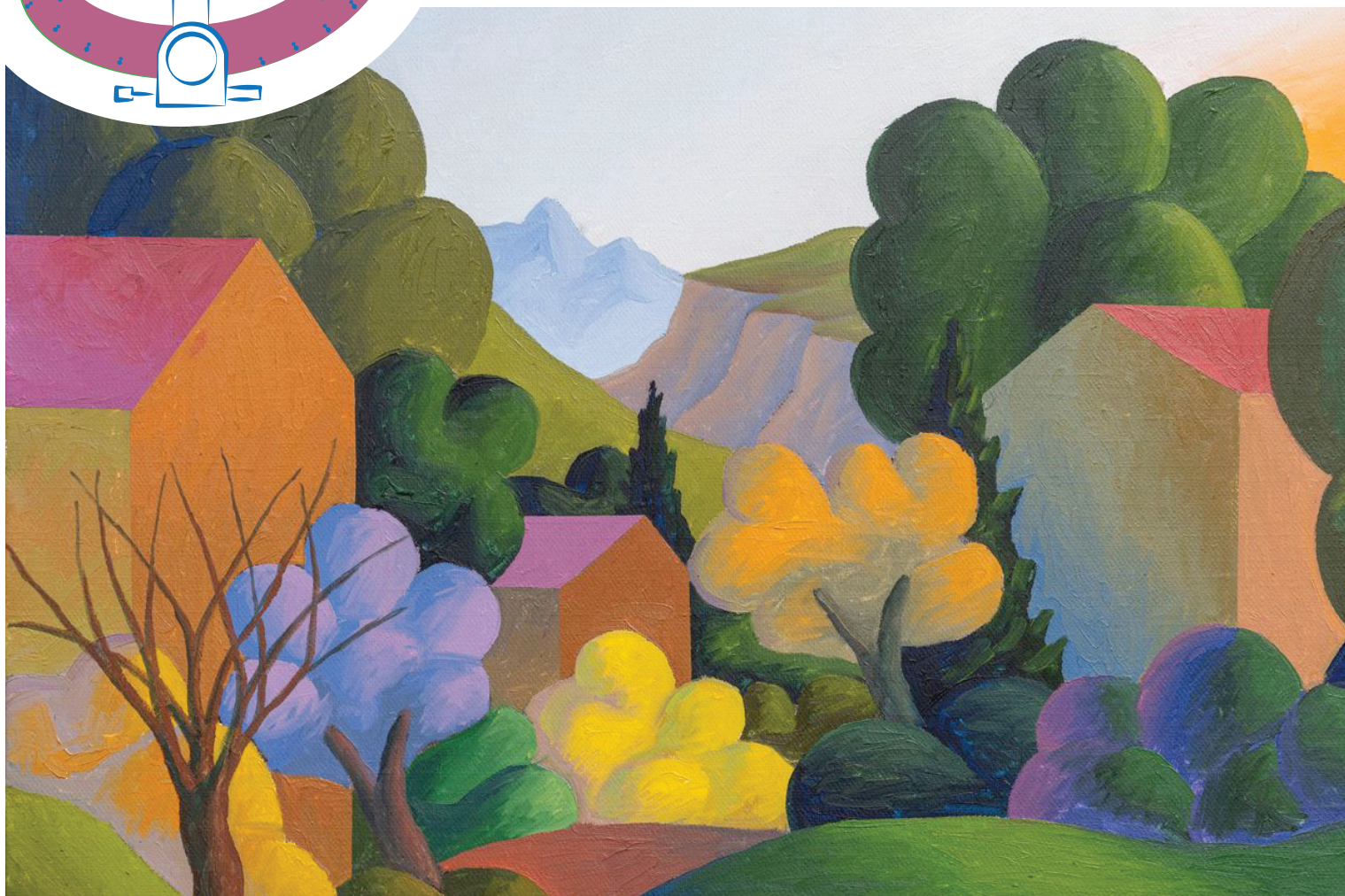


FEB
2026



Sestante 17

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI



Generazione Z e Olders

Valutazione interventi clinici e di prossimità

Generazione Z e Olders: le sfide del 2026 ■ Generazione Z tra fragilità emergenti e nuovi equilibri: consumi, contesti e traiettorie di rischio ■ Invecchiamento dei pazienti con disturbi mentali gravi e persistenti ■ Generazione Z e interventi di prossimità e clinici ■ Precocizzazione disturbi psicopatologici nell'utenza giovanile ■ Progetti per la Psicopatologia 14-25 in Emilia-Romagna ■ Bambini si nasce adulti si diventa!!! ■ Nella terra di narciso ■ DesTEENi Digitali ■ Adolescenti anonimi ■ Ricoveri minorenni tra multidisciplinarietà e inappropriatezza ■ Il PDTA Lausanne Trilogue Play ■ Spazi giovani tra sessualità, affettività e adolescenza ■ Imprigionati o liberati? ■ Invisible Children ■ Tracciare l'invisibile ■ E tu come stai? ■ Struttura residenziale dipendenze e invecchiamento utenza ■ Programmi riabilitativi residenziali "old users" in Romagna ■ Older and dangerous

Direttore responsabile

Paolo Ugolini
Società Italiana Sociologia della Salute (SISS)

Comitato esecutivo

Teo Vignoli
Servizio Dipendenze Patologiche, Rimini, AUSL della Romagna
Alessio Saponaro
*Regione Emilia-Romagna, Settore Assistenza territoriale AREA
Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri*
Paolo Ugolini
Società Italiana Sociologia della Salute (SISS)

Comitato scientifico e di redazione

Roberta Baroni, *DPS Area Riabilitazione, AUSL Piacenza*
Luca Brambatti, *NPIA, AUSL Piacenza*
Federico Chierzi, *SPDC, AUSL Bologna*
Stefano Costa, *NPIA, AUSL Bologna*
Giancarlo Gibertoni, *DSM-DP, AUSL Modena*
Simona Guerzoni, *Azienda Ospedaliera-Universitaria di Modena*
Elisa Martino, *SerDP, AUSL della Romagna*
Marco Menchetti, *Università degli Studi di Bologna*
Rachele Nanni, *Psicologia clinica e di Comunità, AUSL Ferrara*
Luana Oddi, *SerDP, AUSL Reggio Emilia*
Monica Pacetti, *CSM Forlì, AUSL della Romagna*
Maria Teresa Paladino, *Regione Emilia-Romagna*
Antonia Restori, *DSM-DP, AUSL Parma*
Cristina Sorio, *DAISMDP, AUSL Ferrara*

Comitato consultivo

Massimo Rossetti, *Direttore DSM-DP Piacenza*
Carlo Marchesi, *Direttore DAISM-DP Parma*
Gian Maria Galeazzi, *Direttore DSM-DP Reggio Emilia*
Fabio Lucchi, *Direttore DSM-DP Bologna*
Donatella Marrama, *Direttrice DSM-DP Modena*
Alba Natali, *Direttrice DSM-DP Imola*
Franca Emanuelli, *Direttrice DAISM-DP Ferrara*
Antonella Mastrocola, *Direttrice DSM-DP Ravenna*
Mariella Allegretti, *Direttrice DSM-DP Forlì-Cesena*
Francesco Sartini, *Direttore DSM-DP Rimini*

Segreteria organizzativa

Claudia Nerozzi
tel. 051 5277072
claudia.nerozzi@regione.emilia-romagna.it
Paolo Ugolini
cell. 334 6205675
paolougolini58@gmail.com

Sito web SESTANTE

[http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/
documentazione/la-rivista-sestante](http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/la-rivista-sestante)

Foto di copertina

SALVO, *Primavera*, 1996, Gladstone Gallery

Grafica e impaginazione

www.stilgrafcesena.com

Stampa

Centro stampa AUSL della Romagna - Cesena

SESTANTE 17 è stato curato da:

Roberta Baroni (AUSL PC)
Federico Chierzi (AUSL BO)
Giancarlo Gibertoni (AUSL MO)
Elisa Martino (AUSL della Romagna)
Paolo Ugolini (Direttore SESTANTE)
Teo Vignoli (AUSL della Romagna)

Generazione Z e Olders: le sfide del 2026

Paolo Ugolini, Roberta Baroni,
Federico Chierzi, Giancarlo Gibertoni,
Elisa Martino, Teo Vignoli

L'obiettivo ambizioso, ma pungente e di grande attualità, di questo SESTANTE 17, è di raccontare, analizzare e valutare la complessità delle fasce d'età dei pazienti in cura presso i DSM-DP della Regione Emilia-Romagna, sia rispetto alle problematiche legate alla precocizzazione degli esordi di malattia, sia rispetto alla gestione del paziente cronico con età avanzata (*older*).

In tal senso le due *lectio magistralis* ci hanno permesso di meglio approfondire lo stato di salute di questa popolazione:

- **GENERAZIONE Z:** *L'analisi* dello Studio ESPAD in Italia ed Europaci espone una chiave di lettura delle fragilità emergenti e delle nuove soglie di rischio dell'adolescenza promuovendo strategie integrate capaci di agire sui contesti di vita, sulle competenze emotive e sulle risorse relazionali, a partire dalla complessità delle traiettorie giovanili e dal ruolo centrale dell'ambiente nel modellare comportamenti, vulnerabilità e possibilità di scelta (Molinari).

- **OLDERS:** il saggio tende a promuovere nuovi servizi di comunità e prossimità ed a connettere la casa della persona con tutti i presidi sanitari sul territorio e con i servizi sociali per andare incontro ad una fascia di popolazione che sovrappone alle problematiche di salute mentale e dipendenze patologiche un deterioramento cognitivo sotto-soglia e problematiche internistiche che completano un quadro di fragilità complessiva (Menchetti, Pellegrini).

I tre saggi della Regione Emilia Romagna ci permettono di approfondire meglio il tema "Generazione Z" in termini di *vision* e programmazione/valutazione delle azioni:

1. Inquadramento epidemiologico delle complessità relative all'utenza che afferisce ai DSM-DP della Regione Emilia Romagna (fasce di età 0-13, 14-17 e 18-25) e delle diverse linee di intervento regionali (Saponaro et al).
2. Psicopatologia, uso di sostanze e interventi integrati tra servizi sanitari, sociali e educativi nella fascia 14-25 anni sia nell'approccio multidisciplinare (con attenzione alla presa in carico precoce e volontaria), sia negli interventi di prevenzione trasversale (Costa et al).
3. Approfondimento del programma regionale di Psicopatologia 0-25 nelle sue modalità volte alla costruzione di un *continuum* assistenziale tra infanzia, adolescenza e

Rif.
Paolo Ugolini, *sociologo*,
Direttore responsabile SESTANTE
334 6205675
paolougolini58@gmail.com

prima età adulta per fronteggiare esordi sempre più precoci, con maggiore complessità clinica, anche in situazioni di urgenza (Chiodo, Zucchini).

L'intervista a Roberto Camarlinghi, Direttore della rivista "Animazione Sociale" ci permette di approfondire la lettura dei fenomeni e degli interventi di prossimità rivolti alla generazione Z con prevalente attenzione all'approccio educativo-comunitario.

Numerosi i saggi di valutazione di impatto e/o risultato dei servizi o progetti relative alla "GENERAZIONE Z":

- *Centri Adolescenti/AUSL di Ferrara*: mostra come la rete integrata tra scuola, famiglia e Servizi possa divenire spazio di ascolto, validazione e accompagnamento; in questo quadro la cura si configura come processo relazionale e comunitario, fondato sul riconoscimento reciproco e sull'ascolto come forme di prevenzione (Nanni et al).

- *AUSL della Romagna, ambito di Rimini*: il saggio illustra l'impegno congiunto dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, Salute Donna, Infanzia e Adolescenza e del Servizio Dipendenze Patologiche volto a promuovere un uso equilibrato e consapevole delle tecnologie digitali nella prima infanzia e adolescenza attraverso il coinvolgimento delle famiglie, dei sistemi educativi, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (Bondi et al).

- *DSM-DP Bologna/Distretto Reno-Lavino-Samoggia: Recovery College Young* è un progetto/servizio pilota aperto a giovani tra i 16 e i 23 anni che si propone di promuovere percorsi di crescita personale e benessere condiviso, favorendo la consapevolezza, l'autodeterminazione e la capacità di prendersi cura di sé in un processo di apprendimento reciproco tra tutti gli attori coinvolti (Negrelli et al).

- *Pediatria Ospedale Maggiore e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di Bologna*: vengono descritti gli aspetti organizzativi implementati nel corso degli ultimi anni relativamente alla gestione del ricovero in *setting* clinici non specifici; sono stati analizzati i dati relativi ai ricoveri di minori con diagnosi psichiatrica dal 2018 ad agosto 2025 sia in Pediatria che in SPDC, con relativi trend (Chierzi et al).

- *Psicologia Clinica minori e famiglie AUSL di Modena*: percorso clinico-assistenziale di osservazione delle relazioni familiari mediante applicazione del *Lousanne Trilogue Play*, un modello integrato sistemico e *trauma-informed care* di prevenzione secondaria dei disturbi relazionali nella prima infanzia (Di Girolamo et al).

- *Spazi Giovani dei Consultori Familiari di Modena*: modello di integrazione sanitaria con al centro la promozione della salute riproduttiva, sessuale e psicologica in adolescenza, sia nell'attività clinica nei servizi che nella realizzazione di progetti di prevenzione nelle scuole (Valentini et al).

- *Servizi Educativi e Sociali del Comune di Forlì e i Servizi Sanitari dell'AUSL della Romagna, ambito di Forlì*: grazie alle segnalazioni dei minori ritirati che rifiutano qualunque contatto con l'esterno, gli operatori dell'equipe incontrano i loro genitori, insegnanti ed educatori per analizzare in profondità le dinamiche del comportamento per individuare le risposte più corrette (Raffuzzi et al).

- *Unità Psicopatologia età evolutiva 0-13 anni del DSM-DP di Modena*: servizio rivolto ai genitori in cura presso i Centri di Salute Mentale (con figli in un'età compresa tra i 6 e i 16 anni), con interventi psico-educativi rivolti sia alla coppia genitoriale che alla famiglia intera. Lo scopo e l'operatività è far prendere consapevolezza delle dinamiche familiari, migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia e far sviluppare competenze e strategie per far fronte alle difficoltà (Di Biase et al).

- *AUSL di Ferrara*: Il saggio presenta il questionario elaborato di immediata fruibilità e potenzialmente utile nell'orientare il sospetto diagnostico dei Disturbi dello Spettro Feto-Alcolico che rappresentano la principale causa prevenibile di disabilità neuroevolutiva, legata all'esposizione prenatale ad alcol (Basso et al).

Un'attenzione non secondaria dei DSM-DP è rivolta ai cosiddetti "OLDERS":

- *Valutazione AUSL di Piacenza sulla qualità di vita in persone over 50 anni con disturbi mentali cronici ed assistite in Residenze psichiatriche a Trattamento Estensivo* (18 persone) e in Residenze socio-sanitarie (32 persone). La riflessione post valutazione spinge gli autori a prefigurare modifiche dell'attuale assetto assistenziale e riabilitativo (Bettinardi et al).

- *Valutazione utenti over 50 anni della Struttura residenziale per dipendenze patologiche Nefesh* di Reggio Emilia con descrizione delle pratiche e degli interventi messi in atto per una popolazione di pazienti non anagraficamente anziani, biologicamente e funzionalmente assimilabili all'anziano (Fontanesi, Oddi).

- *Valutazione caratteristiche ed esiti pazienti "old users" nelle strutture residenziali dell'AUSL della Romagna*: viene sottolineata la rilevanza in termini quantitativi di questa fascia di pazienti che esprime un nuovo e crescente bisogno nella clinica e riabilitazione delle dipendenze patologiche che presenta complessivamente esiti positivi e specifiche necessità di personalizzazione (Lamonaca, Vignoli).

- *La fenomenologia degli uxoricidi della terza età*: la prospettiva dell'Unità Operativa di Psichiatria Forense di Bologna (Boaron, Magarini).

Buona lettura.

Generazione Z tra fragilità emergenti e nuovi equilibri: consumi, contesti e traiettorie di rischio

Sabrina Molinaro

ABSTRACT

Questo contributo propone una lettura trasversale dei mutamenti che attraversano l'esperienza giovanile della Generazione Z, a partire dai risultati più recenti dello Studio ESPAD® Italia e Europa, interpretati alla luce delle trasformazioni sociali, tecnologiche ed emotive dell'ultimo quindicennio. I dati epidemiologici mostrano come i comportamenti a rischio non si distribuiscano in modo uniforme, ma tendano a concentrarsi in profili specifici, caratterizzati da poliutilizzo di sostanze, fragilità digitali e difficoltà di regolazione emotiva. Parallelamente, si osservano cambiamenti significativi nelle forme e nei significati dei consumi: contrazione delle sperimentazioni occasionali, anticipo degli esordi, crescita di prodotti ad alta potenza e di strategie di autoregolazione sempre più funzionali e mirate.

L'analisi evidenzia come le dipendenze chimiche e comportamentali condividano oggi una medesima grammatica adattiva, in cui sostanze, psicofarmaci, gaming e iperconnessione vengono utilizzati per gestire ansia, prestazione, appartenenza e controllo in un contesto di visibilità permanente e riduzione degli spazi informali di crescita. In questa prospettiva, i dati ESPAD non descrivono soltanto l'andamento dei consumi, ma offrono una chiave di lettura delle fragilità emergenti e delle nuove soglie di rischio dell'adolescenza contemporanea.

Le conclusioni sottolineano la necessità di superare approcci frammentati alla prevenzione, promuovendo strategie integrate capaci di agire sui contesti di vita, sulle competenze emotive e sulle risorse relazionali, riconoscendo la complessità delle traiettorie giovanili e il ruolo centrale dell'ambiente nel modellare comportamenti, vulnerabilità e possibilità di scelta.

Rif.
Sabrina Molinaro, Dirigente di Ricerca CNR,
Responsabile del Laboratorio di Epidemiologia
e Ricerca sui Servizi Sanitari – CNR-IFC
348 2574549
sabrina.molinaro@cnr.it

1. Mutamenti generazionali e nuove condizioni dell'adolescenza

Negli ultimi quindici anni l'intero ecosistema nel quale prende forma l'esperienza giovanile ha subito un'importante trasformazione. La dimensione tecnologica ha rimodellato la socialità, la percezione di sé e le forme della regolazione

emotiva. A partire dal 2012, numerose analisi internazionali hanno documentato una brusca riduzione della socialità faccia-a-faccia, un aumento dell'esposizione quotidiana a piattaforme digitali e un parallelismo tra questi mutamenti e l'incremento di sentimenti di solitudine, vulnerabilità emotiva e instabilità identitaria (Twenge, 2023).

La fragilità che oggi sembra caratterizzare una parte crescente degli adolescenti non può essere interpretata solo come tratto individuale ma appare piuttosto come il prodotto di condizioni ambientali nuove: la rarefazione degli spazi informali, la pressione legata alla visibilità permanente, la difficoltà crescente nel consolidare ruoli, ritmi e rituali di crescita. Le successive fasi della pandemia non hanno fatto altro che amplificare queste tendenze rendendo più evidente il ruolo dei contesti nel modulare ritiro, ansia sociale e riduzione della partecipazione. Parallelamente, diverse analisi psico-sociologiche hanno sottolineato come la costruzione dell'identità giovanile avvenga oggi in un quadro di instabilità strutturale e in un contesto di maggiore esposizione e incertezza (Davis, 2016; Gündüz, 2017; Al Zidjaly, 2019). I comportamenti legati al consumo di sostanze, alla gestione del rischio e all'autoregolazione non vanno letti quindi come fenomeni isolati, ma come risposte interne a un ambiente che ha modificato le sue condizioni di base. Le traiettorie dei giovani riflettono l'intreccio tra cambiamento tecnologico, trasformazioni sociali e dinamiche emotive che caratterizzano la generazione attuale.

La Gen Z sta crescendo in un ambiente che amplifica emozioni, relazioni e insicurezze. La vita quotidiana si è spostata su piattaforme progettate per catturare attenzione e modellare stati d'animo. Questo ridisegna profondamente il modo di percepire sé stessi, gli altri e i rischi che possono collegarsi a vari comportamenti. L'adolescenza è sempre stata un periodo liminale, una soglia tra dipendenza e autonomia, tra appartenenza familiare e sperimentazione di sé. Ma la soglia attraversata dalla Gen Z assomiglia solo parzialmente a quella percorsa dalle generazioni precedenti. Le coordinate fondamentali, il tempo libero, gli spazi di incontro, i linguaggi, il rapporto con il corpo e con la norma sono cambiate a una velocità che le nostre categorie interpretative faticano a inseguire.

Per comprendere questa generazione non basta chiedersi quali comportamenti a rischio mettono in pratica, ma occorre osservare come si muovono nei confini sempre più fluidi fra reale e digitale, intimità ed esposizione, controllo e perdita di controllo.

Per questo, quando osserviamo i risultati empirici, non possiamo limitarci a contare le fragilità o descrivere l'andamento dei singoli comportamenti. I dati non sono soltanto misure: sono segnali, indizi, tracce di ciò che accade dentro e attorno ai ragazzi. Interpretarli significa collocarli nel paesaggio sociale, relazionale e tecnologico in cui prendono forma; significa leggerli non come fotografie isolate, ma come manifestazioni di un cambiamento più ampio.

2. Consumi, poliutilizzo e spostamento qualitativo del rischio

La GenZ rappresenta la prima generazione completamente smartphone-based che ha spostato molte pratiche simboliche verso il digitale: ciò che serviva a comunicare appartenenza, ribellione o maturità ora passa attraverso i profili online, non attraverso un gesto corporeo, come fumare. Nel medesimo tempo la regolazione emotiva sembra essersi spostata verso comportamenti brevi, rapidi, immediati, disponibili "on demand" (Haidt, 2024). La nicotina vaporizzata o in bustine risponde perfettamente a questa logica: è accessibile, modulabile, meno stigmatizzata, più invisibile. Per questo non la si può definire una generazione "meno fumatrice, ma diversamente nicotinizzata". La nicotina si presenta attraverso prodotti percepiti come meno rischiosi, spesso aromatizzati e più compatibili con gli ambienti chiusi. In Italia, l'uso di almeno un prodotto nicotinic rimane attorno a sei studenti su dieci e, quasi la metà, ha svapato almeno una volta. Non è una sostituzione lineare della sigaretta: è una moltiplicazione dei dispositivi con un passaggio da un prodotto all'altro in base al contesto. Questa trasformazione è comprensibile solo se letta nel quadro più ampio del mutamento generazionale. Il fumo tradizionale rappresentava trasgressione, sfida all'adulto e autonomia. La Gen Z, cresciuta in un ambiente più controllato, più digitalizzato e performativo, non cerca quel tipo di rottura. Preferisce strumenti brevi, reversibili, per modulare lo stato emotivo. L'uso quotidiano di e-cig è spesso riferito alla necessità di calmarsi o concentrarsi: la nicotina è regolazione emotiva, non simbolo. ESPAD lo evidenzia in modo netto: la prevalenza di uso quotidiano delle e-cig è più alta tra chi riferisce stress, ansia, insonnia, e – come accade in Italia – le ragazze risultano spesso più coinvolte dei ragazzi quando si considerano tutti i prodotti nicotinici insieme. La Gen Z non "preferisce" la nicotina, ma sta piuttosto costruendo un modo diverso di gestire l'attivazione emotiva, in un ambiente iperconnesso che amplifica pensieri, stimoli, giudizi. Il mondo della nicotina, insomma, non appare più come principale ingresso nella devianza, come veniva narrato vent'anni fa. È un mondo che oggi parla soprattutto di regolazione interna, di controllo, di autoregolazione emotiva. (Broman, 2019) È una nicotina più nascosta, più silenziosa, più vicina al corpo e meno visibile nello spazio pubblico: non brucia, ma accompagna.

Il vero mutamento generazionale non riguarda la diminuzione della sostanza, ma la trasformazione del suo significato. È qui che tabacco, emozioni, tecnologie e identità si intrecciano, ridisegnando rischi, piaceri e bisogni della Gen Z.

Se ci spostiamo sull'alcol, sostanza trasversale che entra nelle case, nelle feste, nelle tradizioni familiari, nelle serate tra amici, ESPAD® Italia conferma una diffusione ampia e normalizzata e mette in luce un cambiamento radicale: nelle forme più rischiose – ubriacature ripetute, episodi di forte intossicazione – le protagoniste sono sempre più spesso ragazze minorenni. Per la prima volta, le ubriacature

femminili superano quelle maschili fra i giovanissimi, cambiando uno scenario tradizionalmente maschile. Le adolescenti sono presenti negli stessi luoghi, sottoposte a pressioni simili (se non maggiori) riguardo alla prestazione scolastica, estetica, sociale. L'alcol diventa uno strumento con cui abbassare la soglia dell'ansia, smussare l'autocritica, sentirsi, per qualche ora, meno inadeguate e meno osservate. La dimensione emotiva è cruciale. ESPAD® Italia registra una maggiore insoddisfazione rispetto al proprio benessere psicologico, con un gradiente di genere a sfavore delle ragazze. Il punto non è semplicemente che gli adolescenti di oggi "stanno peggio" di quelli di ieri. Il punto è che oggi dispongono di parole, legittimità e canali per dire il loro malessere. Parlano di ansia, di attacchi di panico, di stress, di depressione, con un vocabolario che, nelle generazioni precedenti, sarebbe rimasto confinato agli ambiti clinici. La crescente visibilità della sofferenza è duplice: riconoscere di stare male permette di chiedere aiuto ma, in assenza di risposte adeguate, può trasformarsi in una forma di autodiagnosi senza cura, che spinge verso soluzioni individuali e spesso rischiose. In questo spazio si inserisce l'uso non prescritto di psicofarmaci, che ESPAD® Italia rileva ai livelli più alti da quando viene monitorato. Non parliamo di "sballo farmacologico", ma di farmaci usati come autoterapia per dormire, calmarsi, interrompere il bombardamento dei pensieri, "reggere" una giornata di scuola o una verifica percepita come decisiva. Il fenomeno ha un carattere selettivo e "funzionale". I ragazzi utilizzano ansiolitici e ipnotici per governare il sonno e l'ansia, stimolanti per sostenere l'attenzione e la prestazione scolastica, farmaci legati al peso o all'umore per intervenire sull'immagine corporea e sul benessere soggettivo. Al centro di tutte queste trasformazioni c'è la presenza costante del digitale. L'iperconnessione è un modo di essere nel mondo, uno spazio di esposizione permanente, di identità riflessa e rifratta in commenti, like, visualizzazioni, risposte o silenzi, dove il confine tra intimità e scena pubblica si assottiglia: ciò che si dice, si mostra e si pensa è potenzialmente accessibile a molti, commentabile, fraintendibile (Charmaraman et al., 2024).

Anche la relazione con il mondo delle sostanze psicoattive illegali muta velocemente: tra i risultati che emergono con maggiore evidenza vi è la progressiva contrazione dei consumi occasionali di cannabis che, tuttavia, resta la sostanza psicoattiva illegale maggiormente utilizzata dai giovanissimi. In Italia, come nel resto d'Europa, si osserva una diminuzione stabile della quota di studenti che riferiscono un uso soprattutto nelle forme più episodiche. Si tratta di una tendenza consolidata, non di una fluttuazione contingente, e che acquista un significato particolare se letta all'interno del panorama europeo contemporaneo.

Negli ultimi anni alcuni Paesi europei hanno avviato processi di depenalizzazione dell'uso personale (es Germania e Cipro) mentre in altri Stati membri si è sviluppato un mercato legale di prodotti a basso contenuto di THC, venduti in esercizi

commerciali dedicati e ampiamente visibili nello spazio pubblico. In un contesto in cui l'accessibilità simbolica e materiale della cannabis sembrava aumentare e in cui, a livello culturale, si sarebbe potuta ipotizzare una progressiva destigmatizzazione, ci si sarebbe infatti potuti attendere un incremento delle sperimentazioni giovanili o, quantomeno, un loro consolidamento. In questo scenario, la riduzione osservata tra gli adolescenti appare ancora più rilevante. I dati, indicando una contrazione, segnalano che le dinamiche di consumo giovanile rispondono a logiche più profonde di quelle strettamente regolative. Tra i fattori che possono contribuire a spiegare questo andamento vi è un mutamento nelle pratiche quotidiane degli adolescenti. La cannabis, nelle generazioni precedenti, era spesso legata a situazioni di socialità informale, a spazi pubblici permeabili, a momenti di aggregazione spontanea. Con la progressiva riduzione del tempo trascorso fuori casa, la diminuzione delle occasioni di incontro non strutturato e la crescita di forme di socialità mediate dal digitale, anche le opportunità di sperimentazione "di contesto" si riducono. Il calo dei consumi occasionali non è solo un cambiamento nel rapporto con la sostanza, ma un indicatore di una trasformazione dei luoghi e dei tempi dell'adolescenza.

A completare questo quadro si aggiunge un ulteriore elemento interpretativo legato alle caratteristiche della sostanza oggi disponibile. Le analisi più recenti mostrano che, negli ultimi anni, i derivati della cannabis circolanti presentano concentrazioni di THC mediamente più elevate rispetto al passato. In altri termini, l'esposizione potenziale per un adolescente che sperimenti anche un singolo episodio non corrisponde più alla cannabis di una generazione fa: si tratta di prodotti più concentrati, meno prevedibili e, in alcuni casi, associati a un rischio psicoattivo significativamente superiore. Questo innalzamento del contenuto attivo può costituire un deterrente implicito alla sperimentazione occasionale, soprattutto per chi non possiede familiarità con la sostanza.

Nel complesso, ciò che osserviamo non è semplicemente una "diminuzione dell'uso occasionale", ma un cambiamento dello stile di consumo, delle percezioni di rischio e delle condizioni materiali che definiscono l'accesso alla sostanza. La cannabis non scompare: muta il suo posto all'interno dell'esperienza adolescenziale.

Considerando le altre sostanze illegali, quello che colpisce è il modo in cui alcune sostanze psicoattive si addensano in biografie già fragili. ESPAD® Italia racconta un fenomeno che non esplode in superficie, ma lavora "ai bordi": cocaina, stimolanti, oppiacei, allucinogeni, nuove sostanze e inalanti rimangono consumi minoritari rispetto ad alcol e cannabis, ma quando compaiono lo fanno dentro traiettorie di poliutilizzo, in cui più sostanze si affiancano per rispondere a bisogni diversi – tenere il ritmo, staccare, anestetizzare, cambiare scena per qualche ora. L'età di primo uso si concentra sempre più fra i 14 e i 17 anni, si riducono gli esordi "tardivi" dopo la maggiore età, disegnando una curva che

non è quella di un'espansione massiva, ma di una condensazione precoce: meno adolescenti, ma più giovani, più esposti e più "addensati" dal punto di vista dei consumi. La cocaina rappresenta oggi uno snodo cruciale, non tanto per la sua diffusione in senso stretto, quanto per la posizione che occupa nel paesaggio dei consumi adolescenziali. I dati ESPAD® Italia mostrano come, dopo un lungo periodo di progressiva riduzione, il consumo in adolescenza abbia conosciuto una fase di risalita nel periodo immediatamente successivo alla pandemia, seguita da un nuovo rallentamento. La cocaina persiste nei profili più complessi, con una collocazione precoce nelle biografie di consumo. I dati di sequestro e le segnalazioni dei servizi di emergenza in diversi Paesi europei indicano una crescente disponibilità di derivati fumabili della cocaina, in particolare il crack, caratterizzati da costi più bassi, modalità di assunzione rapide e un'elevata intensità psicoattiva. L'incremento degli accessi al pronto soccorso per intossicazioni da stimolanti, e l'aumento di forme di uso più compulsive in fasce di età sempre più giovani, suggeriscono uno spostamento verso formulazioni percepite come più "efficienti" o più accessibili. Si tratta di un'ipotesi che richiede cautela, ma che appare coerente con quanto osservato in altri contesti urbani europei, dove la diffusione del crack ha accompagnato fasi di fragilizzazione sociale e di riduzione delle barriere economiche all'accesso.

Accanto a cocaina, stimolanti amfetamine, MDMA e derivati raccontano un'altra sfumatura del rapporto fra Gen Z e rischio. I dati ESPAD® Italia evidenziano un uso contenuto, ma fortemente concentrato in chi frequenta già altri consumi e in chi esordisce precocemente: una quota ridotta ma crescente di giovanissimi inizia a sperimentare stimolanti prima dei 14 anni, con una parte di consumatori che, già in adolescenza, raggiunge frequenze elevate nell'arco dell'anno. Anche qui il poliuso è la regola.

Gli oppiacei continuano a occupare un'area particolare nel panorama dei consumi giovanili: restano tra le sostanze meno diffuse in Italia, con prevalenze basse ma stabili. È una soglia minima che non si azzera e, proprio per questo, merita attenzione: non siamo di fronte a un residuo storico, ma a un uso selettivo inserito in pattern di consumogà complessi. Non è mai un episodio isolato, ma un elemento che si aggiunge a pratiche più articolate in profili già vulnerabili. Il mercato europeo degli oppiacei è in transizione: eroina meno pura e oppioidi sintetici più potenti. Questo rende l'etichetta "oppiacei" più ampia e meno riconoscibile di un tempo: accanto all'eroina tradizionale trovano spazio sostanze di sintesi e farmaci oppioidi. Si crea così un'area grigia che indebolisce i confini simbolici che un tempo separavano nettamente l'eroina da tutto il resto. Gli inalanti meritano un'attenzione particolare, proprio perché non rientrano nella narrativa classica delle "droghe giovanili". ESPAD® Italia e i dati europei collocano il loro uso su valori relativamente bassi rispetto alle altre sostanze, ma li identificano come una delle sostanze più frequentemente

associate ai profili di poliutilizzo intenso (in particolare fra chi usa cocaina, oppiacei e allucinogeni). La letteratura clinica è molto chiara: solventi, spray, gas compressi e altri prodotti inalanti sono sostanze a elevata tossicità acuta, capaci di provocare aritmie, danni neurologici, compromissioni epatiche e renali anche dopo periodi brevi di uso, con quadri di dipendenza che si sviluppano in contesti di forte vulnerabilità sociale e psicologica. Dal punto di vista simbolico, gli inalanti incarnano una forma di consumo "di povertà": non richiedono reti di spaccio, non appartengono all'immaginario glamour delle nuove droghe: viene usato ciò che è a portata di mano – prodotti domestici, materiali da lavoro, oggetti della quotidianità – per scardinare per qualche minuto il peso del presente. Il gas esilarante entra in questo quadro come un segnale di nuova generazione. ESPAD lo rileva in 18 Paesi e mostra che, pur restando lontano dai livelli di alcol e cannabis, è già presente in modo autonomo tra gli adolescenti, con esordi precoci che non possono essere considerati marginali. Le analisi dell'EUDA descrivono un mercato in cui cartucce e bombolette, vendute per usi leciti, alimentano consumi ripetuti durante serate e raduni, con un'esposizione concentrata in tempi brevi e un rischio documentato di danni neurologici in giovani che spesso presentano già altri fattori di vulnerabilità. Se si sovrappongono questi dati a quelli italiani – ancora contenuti nelle prevalenze, ma già intrecciati ai profili di poliassunzione più complessi – il messaggio è chiaro: il "nuovo gas da festa" si inserisce nello stesso movimento di anticipo, intensificazione e normalizzazione intermittente che caratterizza le altre sostanze ad alta potenza.

Dentro questo mosaico si collocano le nuove sostanze psicoattive che hanno una certa invisibilità sociale. Le NPS, cannabinoidi, catinoni, oppioidi e altre molecole sintetiche, si presentano spesso agli adolescenti come prodotti "di frontiera": moderni, controllabili o apparentemente legali, diffusi tra pari, online e in feste. ESPAD® Italia mostra che l'uso esclusivo NPS sia raro, aumentando l'imprevedibilità degli effetti e la difficoltà di lettura clinica dei quadri che arrivano ai Servizi. Il dato europeo conferma che i mercati continuano a immettere nuove molecole, spesso con profili farmacologici poco conosciuti: intossicazioni gravi o fatali stanno crescendo più della prevalenza, segnalando una sproporzione fra numeri assoluti e peso sanitario. ESPAD stima che, tra i quindicenni e sedicenni europei, l'uso nella vita di NPS si collochi su valori apparentemente contenuti, ma con oscillazioni importanti tra Paesi e con una presenza già strutturata di tre famiglie principali: cannabinoidi sintetici catinoni e nuovi oppioidi, inclusi i nitazeni (composti ad altissima potenza, in grado di produrre arresti respiratori a dosi minime in soggetti giovani). La Relazione europea sulla droga parla di minaccia persistente, con oltre 950 NPS monitorate nel tempo e ricorda che sebbene negli ultimi anni il numero di nuove molecole che compaiono ogni anno si è ridotto rispetto al picco degli anni 2010, il mercato non

si è esaurito: si è selezionato.. Restano in circolazione le sostanze che hanno dimostrato di “funzionare” sul piano psicoattivo e commerciale, con un rischio acuto documentato di intossicazioni gravi e, in alcuni casi fatali, spesso in giovani adulti che hanno iniziato a sperimentarle in adolescenza.

Nel 2024, NEWS-D ha identificato numerose nuove molecole in circolazione, alcune intercettate in contesti del tutto ordinari: miscele erboristiche spacciate come “erba sintetica”, stimolanti da club, farmaci non autorizzati reperibili online. Molti adolescenti le incontrano inconsapevolmente, tramite prodotti che hanno linguaggi, estetiche e codici comunicativi propri della Gen Z — liquidi da svapo aromatizzati, edibili, resine “light”, confezioni che imitano snack o gadget digitali. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità il packaging normalizza le NPS e le rende invisibili agli adulti, riducendo la percezione del rischio.

Il nodo cruciale, però, è la natura stessa delle NPS. Potenza farmacologica imprevedibile, composizioni instabili, test di screening spesso incapaci di rilevarle, effetti che variano da euforia breve a stati di agitazione, confusione o sedazione profonda. È questa opacità che aumenta la vulnerabilità clinica. Negli ultimi anni, i servizi di emergenza hanno segnalato un incremento dei casi di intossicazione acuta attribuibili — o compatibili — con l'assunzione di nuove sostanze, talvolta difficile da diagnosticare in tempi utili proprio per l'assenza di marcatori analitici. Si tratta di accessi non necessariamente numerosi, ma clinicamente significativi: sostanze non riconoscibili complicano l'intervento, dilatano i tempi e aumentano il rischio. Le NPS obbligano di fatto a cambiare scala di lettura: aumentano la probabilità di episodi di intossicazione severa, si associano a pattern di poliuso con altre sostanze, sfuggendo ai test standard, complicano la diagnosi clinica, non avendo ancora un'immagine sociale consolidata, mettono in difficoltà i contesti educativi perché non hanno ancora un'immagine sociale consolidata.

In una quota minoritaria ma significativa di adolescenti, il consumo di più sostanze si organizza come un repertorio funzionale, in cui prodotti diversi vengono utilizzati per modulare stati corporei ed emotivi differenti e le nuove sostanze psicoattive occupano spesso lo spazio della sperimentazione e della differenziazione. I dati indicano che questi profili restano numericamente contenuti, ma si collocano con maggiore frequenza lungo situazioni di fragilità cumulative, dove l'intreccio tra comportamenti, contesti e vulnerabilità preesistenti aumenta la probabilità di esiti scolastici, relazionali e di salute più critici.

Il quadro descritto chiede un cambio di registro alle strategie di prevenzione. Non basta sapere “quanto” si consuma una certa sostanza: occorre interrogarsi sul “perché” e sul “con che cosa” viene associata. Gli indicatori di poliutilizzo, le età di esordio, la presenza di inalanti e NPS nelle traiettorie dei consumatori di cocaina, stimolanti e oppiacei non sono semplici dettagli tecnici, ma segnali di un adattamento

interno che usa le sostanze come linguaggio per dire sofferenza, ricerca di limite, desiderio di appartenenza. In questa prospettiva, il compito dei Servizi e delle politiche non è solo ridurre l'accesso o aumentare la percezione di rischio, ma offrire ai ragazzi altri linguaggi — emotivi, relazionali, simbolici — con cui attraversare l'adolescenza senza dover delegare alle sostanze il compito di reggere l'urto tra quello che sentono dentro e quello che viene chiesto loro fuori.

3. L'ecosistema digitale come contesto di vulnerabilità

Le dipendenze digitali si collocano, per la Gen Z, sullo stesso asse delle altre dipendenze, sia come prosecuzione logica che come contesto del medesimo modo di regolare emozioni, relazioni e tempo. I dati ESPAD® Italia mostrano un quotidiano in cui la connessione è lo sfondo costante: la quasi totalità degli studenti utilizza lo smartphone per accedere alla rete e circa un adolescente su sei presenta un profilo di uso a rischio di internet, con una vulnerabilità maggiore nelle ragazze. A questa quota si affianca un'area ancora più ampia di “fragilità digitale”: le analisi recenti stimano che oltre la metà della popolazione studentesca presenti segnali riconducibili a un rapporto problematico, seppur non necessariamente clinico, con gli schermi e le piattaforme, una condizione che non è più eccezione ma nuova normalità.

Le dipendenze da social media e videogiochi rappresentano oggi una delle forme più paradigmatiche della fragilità contemporanea della Gen Z. ESPAD mostra come l'uso intenso e talvolta problematico di social network e gaming non sia un fenomeno marginale, ma una componente strutturale della quotidianità adolescenziale: una pratica diffusa, stabile nel tempo, che tende a concentrarsi in specifici profili di vulnerabilità piuttosto che distribuirsi uniformemente nella popolazione studentesca. In questo senso, social media e gaming non si collocano ai margini dei comportamenti a rischio, ma ne costituiscono spesso l'infrastruttura emotiva, il contesto dentro cui si intrecciano isolamento, ansia, ritiro sociale, cyberbullismo e, non di rado, poliassunzione di sostanze.

Il gaming, in particolare, richiede una lettura non riduttiva. Il videogioco non è di per sé un fattore patologico: al contrario, può rappresentare uno strumento potente di regolazione dopaminergica, capace di offrire gratificazione, senso di competenza, controllo e previsione dell'esito in una fase della vita segnata da forte instabilità emotiva (Lucangeli, 2023). Nei videogiochi, il cervello adolescenziale trova obiettivi chiari, feedback immediati, ricompense strutturate: elementi che attivano i circuiti motivazionali in modo ordinato, molto più di quanto accada nella vita reale, spesso percepita come opaca, giudicante e imprevedibile. In questa prospettiva, il gaming può funzionare come regolatore temporaneo dello stress, della frustrazione e della noia. (Kardefelt-Winther, 2017). Il problema emerge quando questa funzione compensativa diventa esclusiva. I dati ESPAD

indicano che il gaming problematico può essere associato a difficoltà scolastiche, uso a rischio di internet, a forme di ritiro sociale e ad altri comportamenti compulsivi. Qui il meccanismo dopaminergico, inizialmente protettivo, si irrigidisce: la ripetizione sostituisce l'esplorazione, la performance prende il posto della relazione, il controllo virtuale diventa rifugio dall'incertezza del reale, soprattutto nei ragazzi. In modo analogo, i social media offrono riconoscimento rapido e visibilità costante, ma espongono a un confronto continuo che alimenta vulnerabilità internalizzanti, soprattutto nelle ragazze.

Non è il digitale in sé a produrre dipendenza, ma l'assenza di alternative regolative altrettanto efficaci. Quando scuola, famiglia e contesti di vita non offrono esperienze capaci di attivare motivazione, senso di efficacia e appartenenza, il sistema dopaminergico adolescenziale cerca altrove ciò che gli manca. In questo senso, le dipendenze digitali non vanno lette come deviazioni isolate, ma come segnali di un adattamento funzionale a un ambiente povero di rituali, tempi distesi e relazioni significative. La prevenzione, dunque, non può limitarsi alla riduzione del tempo online: deve interrogarsi su come restituire ai giovani occasioni reali di gratificazione, competenza e riconoscimento, prima che il digitale diventi l'unico linguaggio disponibile per regolare emozioni e desideri.

Questa trama digitale non è neutra rispetto al benessere mentale. L'incremento di disturbi internalizzanti tra gli under 20 nel periodo post-pandemico, con aumenti stimati della prevalenza di ansia e depressione e crescita fino all'84% degli accessi in pronto soccorso per emergenze neuropsichiatriche, descrive una generazione sotto pressione in cui la fragilità digitale e il disagio psicologico tendono a sovrapporsi. In questa prospettiva, le dipendenze comportamentali non rappresentano un blocco distinto rispetto ai consumi di sostanze: ne condividono fattori di rischio (impulsività, vulnerabilità emotiva, bassa regolazione, scarso parental monitoring) e talvolta ne anticipano o accompagnano l'esordio (Marmet, 2018). Il gaming intensivo, ad esempio, mostra legami con il ricorso a loot box che introducono elementi di alea e spesa di denaro in contesti inizialmente percepiti come "solo gioco", configurando un potenziale continuum tra intrattenimento digitale e gioco d'azzardo.

All'interno di questo ecosistema, cyberbullismo e ritiro sociale rappresentano due nodi particolarmente rilevanti. Quasi la metà degli studenti italiani riferisce di aver subito almeno un episodio di prevaricazione online nell'ultimo anno e circa tre su dieci dichiarano di avervi preso parte attivamente: più dirette (insulti, minacce, derisioni nelle chat di gruppo) nei ragazzi, più indirette (esclusioni, blocchi, circolazione non autorizzata di contenuti) nelle ragazze.

In questo senso, le dipendenze digitali si integrano con le altre dipendenze perché condividono la stessa grammatica: l'uso ripetuto per attenuare noia, ansia, solitudine; la difficoltà a interrompere il comportamento nonostante le

conseguenze; il progressivo spostamento del baricentro della vita verso ciò che offre gratificazione rapida e controllabile. La Gen Z abita un contesto in cui la nicotina può essere assunta in forma vaporizzata mentre si gioca online, le NPS possono circolare sotto forma di liquidi da svapo o edibili, il gambling è a portata di app e la possibilità di "staccare" dagli schermi è sempre più rara. Le caratteristiche di poliassunzione che ESPAD documenta per le sostanze trovano il loro corrispettivo nei profili di polidipendenza comportamentale: gli stessi ragazzi che presentano consumi multipli di sostanze sono spesso quelli che accumulano uso a rischio di internet, gaming problematico, gioco d'azzardo online.

4. Ricomporre i frammenti: una prevenzione all'altezza della Gen Z

Per la prevenzione, questo quadro implica un cambiamento di prospettiva. Non basta intervenire separatamente su "droghe", "gioco d'azzardo", "internet" o "gaming": occorre leggere le connessioni e lavorare su ciò che sta a monte — le competenze emotive, le risorse relazionali, la qualità degli ambienti scolastici e familiari, la possibilità concreta di sperimentare attività e spazi non mediati dallo schermo. L'osservatorio ESPAD, in Italia e in Europa, mostra che i fattori protettivi più solidi sono trasversali a tutte le forme di dipendenza: relazioni di fiducia con gli adulti, senso di appartenenza a contesti educativi significativi, opportunità di partecipazione reale. È in questa integrazione tra piani — sostanze, digitale, salute mentale — che si gioca oggi la capacità di leggere la fragilità della Gen Z non come somma di problemi, ma come indicatore di un ambiente che chiede nuove forme di cura e di responsabilità collettiva.

Accanto alle sostanze illegali e alle nuove forme di dipendenza digitale, l'uso di psicofarmaci senza prescrizione medica si configura come uno dei segnali più rivelatori delle trasformazioni in atto nella Gen Z. Non si tratta di una trasgressione episodica né di una semplice imitazione dei consumi adulti, ma di una pratica che assume i contorni di una vera e propria strategia di autoregolazione, coerente con l'ecosistema di rischi già delineato.

Letto insieme agli altri dati ESPAD, questo fenomeno conferma che le dipendenze nella Gen Z non si dispongono per compartimenti stagni. Psicofarmaci, sostanze sintetiche, iperconnessione, gaming e ritiro sociale compongono una stessa grammatica: quella di tentativi individuali di governare emozioni, prestazioni e identità in un contesto che offre molte soluzioni rapide ma pochi spazi di contenimento. Il rischio non sta solo nell'aumento dei consumi, ma nella normalizzazione di strategie private di regolazione che, se non intercettate, possono cristallizzarsi in tendenze silenziose e persistenti. È su questo terreno che la prevenzione è chiamata a spostarsi: non limitarsi a segnalare ciò che è vietato o che fa male, ma aiutare a trasformare una competenza regolatoria grezza in percorsi di cura, relazione e supporto condiviso.

C'è un filo che attraversa l'insieme dei dati presentati: non è l'eccezionalità del rischio ma la sua normalizzazione silenziosa. La Gen Z non appare più "trasgressiva" delle precedenti, né più attratta in senso assoluto dalle sostanze o dai comportamenti compulsivi. Al contrario, ciò che emerge è una generazione che sperimenta meno per caso e più per funzione, che entra prima in contatto con repertori di regolazione già complessi e che seleziona strumenti – chimici o digitali – per rispondere a pressioni emotive, relazionali e prestazionali sempre più precoci. Le traiettorie di consumo e di dipendenza non si distribuiscono in modo uniforme, ma si addensano in una quota minoritaria di adolescenti in cui fragilità diverse tendono a sovrapporsi. Non siamo di fronte a una moltiplicazione di comportamenti slegati, ma a un sistema di risposte coerenti a un ambiente che chiede adattamento rapido, visibilità costante e controllo di sé in condizioni di forte incertezza.

La sfida che questi dati pongono non è solo epidemiologica, ma culturale e istituzionale. Richiede di superare letture frammentate, di integrare sostanze e comportamenti, online e offline, genere e contesto, e di riconoscere che la prevenzione più efficace non coincide con il controllo, ma con la ricostruzione di ambienti capaci di costruire competenze e offrire alternative credibili di regolazione emotiva, appartenenza e riconoscimento. In questa prospettiva, osservatori come ESPAD non servono soltanto a misurare quanto i giovani rischiano, ma a comprendere come e perché stanno cambiando i modi di attraversare l'adolescenza. È da questa comprensione che può prendere forma una prevenzione all'altezza della complessità della Gen Z.

Bibliografia

- Al Zidjaly N. (2019). Society in digital contexts: New modes of identity and community construction. *Multilingua*, 38(4), 357-375. <https://doi.org/10.1515/multi-2018-0042>
- Benzoni, S. (2018). *Figli fragili*. Bari-Roma: Laterza (Economica Laterza). ISBN 978-88-581-3290-6.
- Biagioni M., Fizzarotti V. & Molinaro S. (a cura di) (2025). *Sotto la superficie. Le nuove sfide dell'adolescenza tra rischi e quotidianità*. Roma: Edizioni CNR.
- Broman C. L., Wright M. K., Broman M. J. & Bista, S. (2019). Self-medication and substance use: A test of the hypothesis. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 28(6), 494-504.
- Charmaraman L., Hojman H., Auqui J. Q. & Bilyalova Z. (2024). Understanding Adolescent Self-esteem and Self-image Through Social Media Behaviors. *Pediatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2024.07.034>
- Croce M. & Paracchini F. (2022). *La patente per lo smartphone. Strumenti per il benessere digitale in adolescenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Davis J. L. (2016). Identity Theory in a Digital Age. In *New Directions in Identity Theory and Research* (pp. 137-164). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190457532.003.0006>
- ESPAD Group. (2025). *ESPAD Report 2024: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union (EUDA Joint Publications).
- EUDA. (2024). *European Drug Report 2024: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gündüz U. (2017). The Effect of Social Media on Identity Construction. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 8(5), 85-92. <https://doi.org/10.1515/mjss-2017-0026>
- Haidt J. (2024). *The anxious generation: How the great rewiring of childhood is causing an epidemic of mental illness*. New York: Penguin Press.
- Kardefelt Winther D., Heeren A., Schimmenti A., Van Rooij A., Muraige P., Carras M., ... & Billieux J. (2017). *How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?*. *Addiction*, 112(10), 1709-1715.
- Khantzian E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Lancini M. (2021). *L'età tradita. Oltre i luoghi comuni sugli adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lavenia G. (2019). *Genitori digitali. Guida pratica per educare bambini da 0 a 10 anni a un uso consapevole delle nuove tecnologie*. Milano: Giunti.
- Lucangeli D. (2023). *Quando il cervello gioca*. Milano: Mondadori.
- Marmet S., Studer J., Rougemont-Bücking A. & Gmel G. (2018). *Latent profiles of family background, personality and mental health factors and their association with behavioural addictions and substance use disorders in young Swiss men*. *European Psychiatry*, 52, 76-84.
- Orben A. & Przybylski A. K. (2022). *The association between adolescent well-being and digital technology use*. *Nature Human Behaviour*, 6(4), 459-467.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2025). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*. Roma.
- SIP – Società Italiana di Psichiatria. (2023). *Salute mentale in età evolutiva: accessi ai servizi di emergenza e criticità emergenti*. Roma. Tonioni F. (2024). *La mente adolescente nella rete (2ª ed. aggiornata)*. Il Pensiero Scientifico Editore. (220 pp.)
- Twenge J. M. (2023). *Generations: The Real Differences Between Gen Z, Millennials, Gen X, Boomers, and Silents-and What They Mean for America's Future*. Atria Books.

Invecchiamento dei pazienti con disturbi mentali gravi e persistenti

Una sfida per i servizi sanitari e sociali

Marco Menchetti, Pietro Pellegrini

10

ABSTRACT

L'invecchiamento dell'utenza dei servizi territoriali di salute mentale pone sfide impegnative ai servizi sociali e sanitari con necessità di importanti cambiamenti organizzativi. Le persone con disturbi mentali gravi e persistenti hanno aumentato rischio di sviluppare fragilità, deterioramento cognitivo, malattie internistiche con conseguenti riduzione della qualità di vita e mortalità prematura rispetto alla popolazione generale. Appare necessario sviluppare nuovi servizi di comunità e prossimità e connettere la casa della persona con tutti i presidi sanitari sul territorio e con i servizi sociali. La definizione di team multiprofessionali e percorsi orientati al problema della multicomplexità, l'impiego di home care technology e un maggiore collegamento fra salute mentale e cure primarie possono consentire di attuare quanto previsto dal "chronic care model" con una gestione efficace ed efficiente dei casi.

Introduzione

Le persone che soffrono di disturbi mentali gravi e persistenti – schizofrenia, disturbo bipolare, depressione cronica – rimangono frequentemente in carico ai servizi di salute mentale anche nella seconda età adulta e nella senilità. Dati del Sistema informativo per la salute mentale mostrano che la fascia di età fra i 45 e i 64 anni è, di gran lunga, quella più rappresentata fra gli assistiti dei Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche (DSM-DP) della Regione Emilia-Romagna (RER). Nel 2016 questo gruppo includeva ben 33.664 persone, pari a oltre il 40% del totale [1]; possiamo immaginare che oggi, a distanza di 10 anni, una proporzione consistente di quegli utenti sia ancora in carico e molti siano passati alla fascia più anziana.

Rif.

Marco Menchetti, professore associato di psichiatria,
Alma Mater Studiorum - Università di Bologna
051-6584229
marco.menchetti3@unibo.it

Pietro Pellegrini, già direttore Dipartimento Salute Mentale
e Dipendenze Patologiche/AUSL di Parma
335 6958847
pellegrinipietro7@gmail.com

Note

- 1 Dati ricavati dalla reportistica predefinita su ReportER, consultabile all'indirizzo <https://reporter.regione.emilia-romagna.it/ReportER/stats/-flusso/22/macroambito/2/ambito/1>.

Il decorso delle forme più severe dei disturbi mentali è estremamente variabile e gli interventi farmacologici, psicosociali e riabilitativi debbono essere spesso protratti nel tempo, cercando di ottenere un buon esito funzionale dopo quello sintomatologico. Purtroppo, un terzo di questi pazienti ha un beneficio piuttosto limitato dai trattamenti di primo livello e necessiterà di un progetto personalizzato più complesso e di supporto per tempi molto lunghi, a volte senza poter prevedere una dimissione. Nella seconda età adulta incrementano progressivamente i fattori di rischio e si associano comorbidità internistiche che contribuiscono a compromettere la qualità di vita e l'autonomia. Dati della RER mostrano che il 46% della popolazione con più di 14 anni ha una malattia cronica e il 24% ne ha due compresenti; i disturbi psichiatrici vengono subito dopo quelli cardiovascolari in termini di prevalenza [2].

1. Fragilità

Il problema della fragilità delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti è salito alla ribalta nel corso della pandemia da Covid-19 quando gli studi epidemiologici dimostrarono che persone con diagnosi di schizofrenia e disturbo bipolare avessero un rischio maggiore di morbidità e di mortalità rispetto alla popolazione generale. Una revisione sistematica di letteratura ha mostrato che nei soggetti anziani con una diagnosi di psicosi cronica vi è una maggiore prevalenza di fragilità rispetto alla popolazione generale di pari età e che la stessa è predittiva di mortalità (Pearson et al., 2022). Con questo termine si intende uno stato di ridotta riserva fisiologica, causato dal sovrapporsi di deficit in molteplici sistemi e apparati del nostro corpo. Usualmente la fragilità è propria dell'età senile e implica elevata disabilità, rischio di cadute e infortuni, necessità di ospedalizzazione o di istituzionalizzazione. Esistono prove che la schizofrenia e altri disturbi mentali siano associati a processi di invecchiamento accelerato comprovati dalla presenza di specifici indicatori quali una minor lunghezza dei telomeri e un aumento dei biomarcatori di infiammazione, stress ossidativo e apoptosi. La ridotta capacità di rispondere agli eventi stressanti può innescare un declino sproporzionato dello stato di salute, specialmente in persone che vivono in condizioni di solitudine o con un ridotto supporto sociale.

2. Cognitività

Oggi abbiamo robuste evidenze che le persone con diagnosi di disturbi dell'umore e, in misura minore, di schizofrenia presentino una probabilità di andare incontro a disturbi neurocognitivi doppia o tripla rispetto alla popolazione generale (Zhao et al., 2022). Le motivazioni di questo aumento del rischio sono complesse e multifattoriali. I

disturbi mentali gravi presentano sintomi cognitivi fin dall'esordio di malattia, inizialmente con un limitato impatto funzionale; su questa base, nel corso del tempo, può esserci una neuro-progression, specialmente in casi poco responsivi ai trattamenti che si caratterizzano per ricorrenti episodi psicotici e/o affettivi, necessità di interventi psicofarmacologici più complessi e ricoveri prolungati in ambiente specialistico. Anomalie strutturali della sostanza grigia e bianca del sistema nervoso centrale sono comuni sia nelle malattie neurodegenerative legate all'età che nel disturbo bipolare e possono essere un indicatore dell'accelerazione dell'invecchiamento cerebrale. Anche variabili sociali come isolamento, scarsa istruzione o difficoltà economiche, che disturbi psicotici e neuro-cognitivi condividono, possono contribuire riducendo la cosiddetta "riserva cognitiva". Infine, debbono essere considerati in questi processi anche comuni fattori di rischio come sedentarietà, fumo, obesità, diabete, ipertensione, purtroppo di frequente osservazione tra le persone con disturbi mentali.

3. Morbidità e mortalità

È ormai ben noto purtroppo che l'aspettativa di vita delle persone che soffrono di schizofrenia e disturbo bipolare è sensibilmente inferiore rispetto chi non ne è affetto, anche nei paesi dove i servizi di salute mentale sono diffusi e ben organizzati. Una stima ormai consolidata indica una perdita fra i 15 e i 20 anni di vita, imputabili soprattutto a problemi di salute. Sono disponibili dati della RER che documentano questa tendenza rilevando un rischio di mortalità quasi doppio per la popolazione in carico ai centri di salute mentale rispetto ai non assistiti (Berardi et al., 2021). In particolare, il rischio di mortalità per malattie respiratorie era circa tre volte superiore nei pazienti affetti da gravi disturbi mentali, dato in parte correlabile all'elevata proporzione di tabagisti in questo gruppo. Tuttavia, la maggior parte dell'eccesso di mortalità correlato ai disturbi mentali era attribuibile a malattie cardiovascolari, in particolare tra i pazienti con diagnosi di schizofrenia, che presentavano un rischio di morte più che raddoppiato. È probabile che questa relazione sia mediata da abitudini di vita insalubri come sedentarietà, alimentazione disordinata, fumo e dalla presenza di condizioni quali sindrome metabolica, diabete e obesità. Infine, non va trascurato anche l'aumento di mortalità associato a neoplasie che

Note

- 2 Al 1/1/2021 il numero di pazienti con malattie croniche è: 1) malattie cardiovascolari 475.050 (14,6%), 2) disturbi psichiatrici 329.523 (8,6%). 3) diabete 278.914 (7,6%), 4) malattie oncologiche 249.061 (6,5%), 5) malattie neurologiche 210.190 (5,5%); 6) malattie respiratorie 190.008 (5%).

riguarda invece principalmente coloro che soffrono di disturbi depressivi (Grassi et al., 2025).

4. Interventi preventivi

Una parte significativa della mortalità prematura associata ai disturbi mentali sarebbe prevenibile attraverso interventi volti al miglioramento dello stile di vita, come la cessazione del fumo, e al monitoraggio dei fattori di rischio per le patologie cardiovascolari e neoplastiche. In particolare, un tema che sta ricevendo sempre maggiore attenzione è quello relativo all'adesione alle campagne di screening oncologico. Una revisione sistematica con meta-analisi di quasi 5 milioni di persone ha valutato che gli individui con disturbi di salute mentale hanno circa il 25% di probabilità in meno di partecipare a programmi di screening oncologico rispetto alla popolazione generale (Solmi et al., 2020). Una recentissima indagine condotta in Friuli-Venezia Giulia ha riscontrato tassi di partecipazione fra il 31 e il 41% a seconda dello screening nei soggetti affetti da schizofrenia e leggermente più alti (fra il 39 e il 48%) in coloro che avevano diagnosi di disturbi affettivi, a fronte di un 70% di partecipazione nella popolazione generale (Burato et al., 2025). Le conseguenze di una mancata partecipazione alle campagne di screening possono essere una diagnosi ritardata per neoplasie con minore possibilità di intervento e riduzione dell'aspettativa di vita.

5. Accesso ai servizi sanitari

Nonostante alcuni progressi nella riduzione dello stigma verso i disturbi mentali, ci sono ancora barriere che limitano una fruizione equa e tempestiva delle prestazioni sanitarie per le persone in carico ai servizi di salute mentale. In particolare, l'accesso a visite specialistiche può essere problematico se i percorsi non sono chiari e richiedono numerosi passaggi per arrivare alla prestazione richiesta. Inoltre, sintomi d'ansia o una consapevolezza parziale di malattia possono confondere il quadro clinico così come le difficoltà di alcuni pazienti a descrivere le proprie condizioni. Nei reparti dell'ospedale generale e negli ambulatori specialistici si possono quindi verificare rischi di incomprensione, ridotta collaborazione del paziente e scarsa aderenza ai protocolli di cura. D'altro canto, i servizi di salute mentale tendono a considerare i disturbi mentali come patologie del cervello dimenticando che, essendo la mente embodied, extended, embedded ed enacted (incarnata, estesa, situata e relazionale), il corpo e i determinanti sociali e ambientali hanno molta rilevanza per la salute. Occorre pertanto una riconcettualizzazione della disciplina psichiatrica che, in linea con le evidenze che provengono

dalle neuroscienze (plasticità, genetica/epigenetica, neuropsicoendocrinoimmunologia), sia in grado di applicare un modello olistico e considerare le influenze del corpo e dell'ambiente sul funzionamento mentale e relazionale.

6. Le nuove sfide per i servizi

Per il futuro del sistema sociale e di welfare è fondamentale considerare al centro la persona, le sue relazioni, i suoi bisogni e le sue risorse in modo che la casa sia il primo luogo di cura in tutte le epoche della vita. Questo diritto non deve essere perso per malattie croniche e va sostenuto con attenzione alle condizioni di vita, alloggio, reddito e alle necessità di familiari e caregiver. È essenziale un protagonismo ed una responsabilizzazione della persona nell'autocura della propria salute e dello stile di vita, nell'adesione agli screening e alle vaccinazioni proposte, nella corretta assunzione delle terapie prescritte. La casa della persona va connessa con i presidi sanitari sul territorio (case di comunità, centri di salute mentale, ecc.) e con i servizi sociali, mediante la creazione sul campo di team multiprofessionali nei quali lavorino insieme medici di medicina generale, psichiatri e altri specialisti, psicologi, infermieri di famiglia e comunità e della salute mentale, assistenti sociali e operatori domiciliari.

Questa organizzazione può creare nuove opportunità ma evidenzia anche problemi formativi, di comunicazione e linguaggio oltre che differenze di tipo normativo, amministrativo e contrattuale. Occorre costituire sul campo modelli di lavoro e strumenti condivisi, utilizzando il budget di salute per progetti che valorizzino l'apporto della persona e accompagnino l'utente con disturbi mentali gravi dalla seconda età adulta in avanti. Andando oltre gli approcci usuali dei servizi sociali, è essenziale definire uffici per i progetti di vita a livello dei comuni, che possano fornire il supporto alla persona e alla sua famiglia per risolvere i problemi assistenziali e abitativi, nonché fungere da raccordo con amministratori di sostegno, giudici tutelari, notai, commercialisti indispensabili quando vengono messi a disposizione beni privati. La realizzazione di nuovi servizi di comunità e prossimità può avvalersi delle competenze degli enti del terzo settore come presidi di comunità, in grado di seguire e radicarsi in un territorio preciso determinando inclusione, formazione, lavoro, cultura e socialità. In questa ottica residenze socio-sanitarie già esistenti possono diventare "hub di comunità", in grado di mappare le risorse esistenti, creare sinergie e integrazioni per rispondere in maniera coordinata ai bisogni di salute emergenti in comunità che sono insieme fisiche e virtuali ma entrambe reali.

7. Alcune proposte

Considerando la tendenza all'invecchiamento di tutta la popolazione e in particolare di quella seguita dai DSM-DP occorre individuare e sviluppare adeguate linee di innovazione.

Creazione di un team per la multicomplexità nel DSM-DP

Nel DSM –DP la costituzione di un team per la multicomplexità ha il compito di cogliere l'intersezionalità dei diversi bisogni della persona nel suo contesto di vita e al contempo di conoscere, unire e raccordare le sue risorse con quelle disponibili sul territorio. La persona è sempre parte della comunità e pertanto è necessario sviluppare un lavoro culturale e tecnico-scientifico orientato alla recovery personale e insieme promuovere la crescita di (micro)comunità accoglienti, solidali che si prendano cura di una precisa area realizzando partecipazione, formazione e lavoro, attenzione agli stili di vita e rispetto per la qualità dell'ambiente. La metodologia del budget di salute, prevista dal DM 77/2022 per i progetti di salute complessi, può consentire di rispondere ai bisogni sanitari, sociali e relazionali, ai (micro)determinanti sociali e ambientali della salute. La mappatura del territorio, la creazione di ambulatori infermieristici, la formazione di link worker sono essenziali anche per il "social prescribing", l'adattamento domestico e l'utilizzo delle Home Care Technology, telemedicina e teleassistenza. L'obiettivo è di promuovere abilitazione e capacitazione delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti per tutelare la salute in senso ampio, evitando compromissione funzionale e necessità di istituzionalizzazione.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PTDA) multicomplexità

L'intersezionalità dei diversi problemi familiari, sociali, economici, relazionali, giudiziari e spesso la coesistenza di più patologie e di diverse terapie, richiede risposte articolate e complesse, assicurando al contempo i diritti alla libertà, all'autodeterminazione in un'ottica di prevenzione di ogni forma di neo-istituzionalizzazione e di abbandono. Nuclei familiari di piccole dimensioni e solitudine/isolamento riguardano fasce crescenti di popolazione per altro sempre più anziana. Il PDTA multicomplexità della persona consente di promuovere programmi di cura e assistenza (anche con amministratori di sostegno, operatori domestici, assistenti familiari, volontari) tenendo conto di tutti i problemi concomitanti e interagenti. Questo è essenziale al fine di dare realizzazione a progetti di vita di qualità in modo che la persona sia sempre parte della comunità e socialmente attiva. Il PDTA può sostenere uno stile di vita indipendente, anche di tipo supportato, forme di co-housing a fronte di condizioni di

vulnerabilità e fragilità. L'obiettivo di questo approccio è anche la creazione di una (micro)comunità curante e educante che si prende cura di tutta la cronicità nell'accoglienza e reciprocità (Gallio et al. 2018) mediante la costruzione di una rete di relazioni che diano l'opportunità e la possibilità di coltivare i propri interessi e mantenere il benessere nella quotidianità della vita della persona e della sua famiglia. L'obiettivo del Team e del PDTA multicomplexità è contribuire a creare un welfare di comunità. Le microcomunità vanno conosciute, mappate e il "capitale sociale" misurato (ad esempio con strumenti come il community index) e reso fruibile (anche con operatori specifici "link worker", facilitatori, orientatori sociali) come grande risorsa per l'inclusione e la co-esistenza delle persone.

Utilizzo delle nuove tecnologie

Il supporto di sistemi di home care technology può consentire, grazie all'esperienza maturata nel lavoro di salute mentale di comunità, di organizzare un insieme di servizi integrati, personalizzati e di prossimità e dare piena realizzazione a quanto previsto dal "chronic care model" con una gestione prevalentemente domiciliare. Condizioni preliminari sono la presenza di una casa, un reddito, un caregiver e relazioni di cura declinate nelle diverse componenti (affettive, educative, sociali, ambientali, culturali, sanitarie) e incentrate su consenso, libertà e responsabilità. L'assistenza infermieristica e medica deve essere personalizzata e di intensità adeguata ai bisogni della persona e può essere coadiuvata dall'utilizzo della telemedicina per il monitoraggio dei parametri di salute. Questo non riguarda solo la medicina generale o salute mentale che tradizionalmente operano anche a domicilio ma riguarda sempre diversi ambiti specialistici che portano a casa interventi prima svolti solo in ambito ospedaliero.

Ampliamento del programma "Giuseppe Leggieri"

Il programma Leggieri per la collaborazione fra medicina generale e salute mentale è stato sviluppato negli anni '90 nella RER e dedicato principalmente alla formazione e alla consultazione relativa ai casi di disturbi ansioso-depressivi che rimanevano gestiti prevalentemente dal medico di medicina generale (Berardi et al., 2014). Negli ultimi vent'anni abbiamo assistito a un grande cambiamento della medicina generale, passata da studi singoli a forme di lavoro gruppal (medicine di gruppo, in rete, case della salute). Questa trasformazione facilita il collegamento e implica anche una nuova visione del ruolo dello psichiatra che non è più semplice erogatore di consulenze ma, in un approccio di tipo olistico (one health), può diventare specialista della "complexità", attento al corpo, alla cultura e all'ambiente dove vive il paziente. In questa direzione l'integrazione con

il settore delle cure primarie appare ora strategica per mantenere la salute fisica dei pazienti con disturbi mentali gravi e persistenti, collaborando con tutti i professionisti della casa di comunità.

Buone pratiche nei Centri di Salute Mentale

Di seguito alcune proposte sulla base dei bisogni descritti precedentemente.

- 1) Impiegare in maniera sistematica strumenti di valutazione per individuare condizioni di fragilità e cambiamenti nelle funzioni cognitive nei pazienti di età uguale o superiore ai 45 anni.
- 2) Promuovere la partecipazione alle campagne di screening oncologico e di vaccinazione antinfluenzale.
- 3) Predisporre, nell'ambito delle case di comunità, percorsi facilitati per accedere a esami di laboratorio, elettrocardiogramma, visita specialistiche (cardiologia, diabetologia, ecc.), eventualmente con il supporto dell'infermiere di famiglia e di comunità.
- 4) Organizzare, sempre nell'ambito delle case di comunità, un programma di eventi e di iniziative con l'obiettivo di promuovere la salute e ridurre i fattori di rischio.
- 5) Sviluppare attività di collegamento con gli specialisti geriatri dei centri demenze e disturbi cognitivi per gestire adeguatamente la complessità rappresentata dai pazienti ≥ 65 anni.

Queste linee progettuali potrebbero essere implementate mediante la creazione di ambulatori infermieristici per i pazienti gravi, complessi e meno collaborativi e integrate da forme di supporto sociale in grado di operare sui contesti abitativi.

Conclusioni

L'invecchiamento dell'utenza dei servizi territoriali di salute mentale e l'incremento di comorbidità fra malattie internistiche e psichiatriche pone una sfida particolarmente impegnativa al sistema di welfare con necessità di importanti cambiamenti organizzativi che tengano conto della multi-morbidità e della multi-complessità. Solitudine, una limitata rete di supporto sociale e le barriere all'accesso alle cure mediche generali contribuiscano significativamente a peggiorare la salute delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti. Interventi come la riabilitazione cognitiva, la psico-educazione, i programmi di inserimento sociale e lavorativo, un monitoraggio costante e rigoroso dei fattori di rischio per malattie internistiche e l'identificazione precoce della fragilità, sono quindi strumenti fondamentali nei percorsi terapeutici per tutelare la salute in senso ampio. L'erogazione tempestiva di interventi sociali e sanitari specifici può ritardare o prevenire ulteriore progressione di malattie internistiche, riducendo il ricorso all'istitu-

zionalizzazione e la mortalità. Sono state delineate alcune proposte per l'operatività sul territorio che riguardano soprattutto la definizione di nuovi servizi di prossimità e di comunità, l'integrazione fra quelli esistenti sia di ambito sociale che sanitario, utilizzando le nuove tecnologie come elemento che può facilitare il lavoro quotidiano.

Bibliografia

- Berardi D., Ferrannini L., Menchetti M., Vaggi M. (2014). *Primary care psychiatry in Italy*. Journal of Nervous and Mental Disease 202(6):460-3.
- Berardi D., Stivanello E., Chierzi F., Musti M.A., Perlangeli V., Pandolfi P., Piazza A., Saponaro A., Sanza M., Ferri M., Menchetti M., Fioritti A. (2021). *Mortality in mental health patients of the Emilia-Romagna region of Italy: A registry-based study*. Psychiatry Research 296:113702.
- Burato S., D'Aiotti A., Paci A., Pellegrini L., Di Salvo G., Sindici C., Dellach C., Negro S., Albert U. (2025). *Elevated mortality risks associated with late diagnosis of cancer in individuals with psychiatric disorders?* Journal of Psychiatric Research 181:547-552.
- Gallio G., Cogliati Dezza M.G. (2018). *La città che cura. Microaree e periferie della salute*. Edizioni Alphabeta Verlag.
- Grassi L., Stivanello E., Belvederi Murri M., Cruciata M., Muscettola A., Perlangeli V., Pandolfi P., Zaccagnino B., Meggiolaro E., Ruffilli F., Menchetti M., Panzini I., Berardi D., Caruso R. (2025). *Major depression and mortality from cancer: a 10-year Italian study*. European Psychiatry, pubblicato online prima della stampa.
- Pearson E., Siskind D., Hubbard R.E., Gordon E.H., Coulson E.J., Warren N. (2022). *Frailty and severe mental illness: A systematic review and narrative synthesis*. Journal of Psychiatric Research 147:166-175.
- Pellegrini P. (2024). *La casa della persona come primo luogo di cura*. Quaderni di Parma, n. 10. https://www.ausl.pr.it/azienda/quaderni_parma/-casa_della_persona_come_primo_luogo.aspx
- Pellegrini P. (2024). *Una via per il rispetto dei diritti delle persone con disabilità*. Vaso di Pandora. Dialoghi in Psichiatria e Scienze Umane. <https://vasodipandora.online/una-via-per-il-rispetto-dei-diritti-delle-persone-con-disabilita>
- Solmi M., Firth J., Miola A., Fornaro M., Frison E., Fusar-Poli P., Dragioti E., Shin J.I., Carvalho A.F., Stubbs B., Koyanagi A., Kisely S., Correll C.U. (2020). *Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people*. Lancet Psychiatry 7(1):52-63.
- Zhao Q., Xiang H., Cai Y., Meng S.S., Zhang Y., Qiu P. (2022). *Systematic evaluation of the associations between mental disorders and dementia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses*. Journal of Affective Disorders 307:301-309.

Generazione Z e interventi di prossimità e clinici

Intervista a cura di
Paolo Ugolini, Roberta Baroni,
Federico Chierzi, Giancarlo Gibertoni,
Elisa Martino, Teo Vignoli

Intervista a **Roberto Camarlinghi**,
*Direttore rivista "Animazione Sociale",
mensile per operatrici/operatori sociali
della Fondazione Gruppo Abele*

Introduzione intervista

Stiamo assistendo nelle Unità Operative dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna (potremmo allargare a tutte le Regioni italiane) ad un fenomeno di polarizzazione di problematiche legate alla precocizzazione degli esordi di malattia nell'infanzia e nell'adolescenza. Come Redazione di SESTANTE poniamo alcune domande al direttore della rivista di Animazione Sociale, Roberto Camarlinghi, da sempre attento a queste tematiche, specie dal punto di vista delle buone prassi.

D1. Psicopatologia minori/adolescenti è un tema di SESTANTE 17, rispetto al suo osservatorio e alle sue ricerche lo trova un focus centrale nell'oggi, nella società contemporanea?

R1. Oggi nella nostra società riscontriamo un diffuso malessere psichico. Così diffuso e pervasivo che non possiamo non chiederci: ma quale società abbiamo costruito, in quale società stiamo vivendo? Tutti i dati lo segnalano. Preadolescenza e adolescenza sono diventati territori complessi da attraversare. Ascoltare i report delle neuropsichiatrie dell'infanzia e dell'adolescenza mette angoscia. Tanti nostri bambini e bambine, ma soprattutto preadolescenti e adolescenti stanno male. Ansia, attacchi di panico, comportamenti autolesivi, pensieri e atti suicidali, ritiro sociale, disturbi del comportamento alimentare, agiti aggressivi e violenti... C'è una vulnerabilità delle nuove generazioni che ci interroga. In tanti ci chiediamo: perché chi si affaccia alla vita sta così male? Che cosa opprime le nuove generazioni? E cosa potrebbe farle stare meglio?

Ma non stanno male solo gli adolescenti, stiamo male anche noi adulti. E nel nostro malessere potremmo facilmente trovare un punto di contatto con lo star male dei giovani. È una società, questa, oggettivamente spaventosa, non a caso

Rif.
Paolo Ugolini, *sociologo,
direttore responsabile SESTANTE*
334 6205675
paolougolini58@gmail.com

definita delle “policrisi”. Il mondo sta riservando ai nati in questo millennio una successione di shock impressionante, se confrontata con la relativa tranquillità dei nati a partire dal secondo dopoguerra. Crisi di ogni tipo che si succedono, si intrecciano, si rinforzano l’una con l’altra: crisi economiche, sanitarie, ambientali, geopolitiche, finanziarie... Basti pensare a quello che è accaduto negli ultimi cinque anni. Abbiamo vissuto la pandemia, che ha impattato sulla salute mentale delle nuove generazioni, e non solo. Da questa crisi planetaria pensavamo di trarne lezioni per riprogettare la società micro e macro, riscoprendo il valore della sanità pubblica, l’importanza di quella territoriale, l’indispensabilità della tutela degli ecosistemi dal cui degrado si è originato il virus... Invece è subito scoppiata la guerra in Ucraina, poi in Palestina, e oggi i governi ci dicono che dobbiamo prepararci ad affrontare la guerra in casa. Di transizione ecologica non si parla quasi più, gli effetti del riscaldamento climatico vengono ridotti a episodi di maltempo, si torna come se non ci fosse un domani a emettere gas climalteranti e così via.

Come adulti vediamo tutta l’assurdità di questo nostro mondo, ma rischiamo di assuefarci. I nostri bambini e bambine, ragazze e ragazzi, ci stanno dando la sveglia. Lo fanno a modo loro, con un grido che talvolta diventa attacco al corpo, talaltra protesta di piazza. D’altra parte, se solo per un istante ci immedesimassimo nella loro condizione e ci chiedessimo *“ma se fossi io adolescente oggi, come sarebbe il mio paesaggio interiore, come sarebbe il mio stato mentale?”* non potremmo non intuire una verità che chi studia la psiche conosce bene: la nostra psiche è sana se è aperta al futuro, soffre se il domani è una nuvola nera. E in questa società il futuro è scomparso. Da promessa è diventato minaccia, caos. La nostra psiche, sappiamo anche questo, è storica. Ce lo ha insegnato la psicoanalisi con Freud. La psiche non è avulsa dalle condizioni di contesto, è così solidale con la storia da essere profondamente segnata dal “clima” che si respira. Per cui la sofferenza di oggi non è riducibile a una questione biologica, di malfunzionamento individuale, ma è una questione sociale, culturale, politica. Dovremmo di più chiederle: come cambiare questa società? Come renderla più abitabile? Organizzare la speranza, insomma, a tutti i livelli, per stare meglio tutti.

D2. Come possiamo oggi leggere la dimensione del rischio positivamente come mezzo per raggiungere scopi evolutivi?

R2. Il rischio è un grande tema pedagogico. Esporsi a rischi calcolati promuove crescita autonoma, superamento delle paure e sviluppo motorio, fa crescere autostima, prepara a fare i conti con situazioni imprevedibili. Penso alla pedagogia scout alla quale in tanti ci siamo formati; la pedagogia dell’avventura, della progressione personale attraverso il

superamento di prove che costituiscono una sorta di riti di passaggio in una società che li ha tendenzialmente aboliti, come ci dicono gli antropologi. Oggi la nostra società è piuttosto avversa al rischio quando pensa alle nuove generazioni. I codici iperprotettivi sembrano prevalenti rispetto a quelli dell’autonomia. Mi viene in mente un concetto espresso da Miguel Benasayag nel libro *Elogio dell’intranquillità*, scritto con Teodoro Cohen. Dice Benasayag che siamo noi adulti per primi a essere spaventati da questo mondo e proiettiamo la nostra inquietudine sui nostri figli e figlie. Abbiamo paura per loro, per il loro futuro, e cerchiamo di proteggerli. Oggi si parla di genitori “spazzaneve”, genitori “tagliaerba”, che sono quelli che rimuovono attivamente e preventivamente ogni ostacolo, difficoltà o potenziale fallimento dal percorso dei figli, per assicurarsi che abbiano successo e non sperimentino alcun disagio. O di genitori “elicottero”, pronti a atterrare in qualunque momento accanto ai figli.

Non c’è accusa, non c’è colpa verso genitori, educatori, insegnanti animati da questi sentimenti di premura, certo figli anch’essi di questo momento storico che ci spaventa tutti. Però a livello pedagogico dobbiamo chiederle: mettere i bambini al riparo da ogni rischio non è esso stesso un rischio? Al recente Social Festival Comunità Educative, organizzato a Torino da Animazione Sociale insieme alla Città di Torino e alla Città Metropolitana, una sessione era dedicata all’*outdoor education*, l’educazione all’aperto. Sono state proiettate due foto di esterni di scuole primarie: la prima era degli anni ’70 e ritraeva bambini che salivano sul grande ramo di una pianta nel giardino della scuola cercando di stare in equilibrio, correndo certo il rischio di sbucciarsi un ginocchio; la seconda foto, recente, mostrava lo stesso albero, la stessa ora di ricreazione, con bambini molto più irreggimentati. Peraltro il relatore diceva che una delle richieste poste dai genitori alla scuola è stata di recente proprio quella di tagliare il grande ramo. Per fortuna non è accaduto.

I bambini oggi sono più sedentari e mostrano più difficoltà motorie rispetto al passato, c’è un aumento di problemi di coordinazione e di abilità grossomotorie – correre, saltare, stare in equilibrio – perché passano troppo tempo davanti agli schermi e hanno meno gioco libero, sostituito da attività strutturate, il che porta a una carenza di esperienze motorie spontanee fondamentali per lo sviluppo. Dunque, sì, il rischio è fondamentale per crescere, per esplorare i limiti e le possibilità del proprio corpo, per crescere in rapporto con il mondo: certo un rischio calcolato, collocato dentro contenitori educativi e simbolici. Perché il rischio di non sperimentare la dimensione del rischio fin da piccoli è quello di cercarla con comportamenti a rischio in adolescenza.

D3. La letteratura, non solo nazionale, ci segnala tra i ragazzi un forte aumento degli accessi in urgenza con sintomi psicologici nei PS, ci ricorda che i suicidi sono la terza causa di morte tra gli adolescenti, i giornali riportano con frequenza fatti di aggressioni o atti di violenza sessuale a donne, ecc. Se la vita è sempre più on line, le relazioni sempre più virtuali, come possiamo aumentare consapevolezza e responsabilità nelle nuove generazioni?

R3. Stiamo vivendo la rivoluzione digitale. E forse non riusciamo a renderci conto dell'impatto che sta avendo sulle nostre vite. Il fatto è che siamo esseri analogici e non abbiamo la velocità del digitale. È solo dal 2007 che sono entrati nel mercato gli *smartphone*, nemmeno vent'anni fa. Gli *smartphone* si sono da subito trasformati in un prolungamento tecnologico del sé personale spostando il mondo delle relazioni da quelle incarnate, vissute in presenza, a quelle online, mediate dagli schermi digitali. Come ha scritto Massimo Ammaniti, psicoanalista e neuropsichiatra infantile, lo *smartphone* non è un semplice strumento comunicativo, ma ristrutturata l'esperienza di sé e degli altri così come i ritmi di vita quotidiana rendendo sempre più sfumato il confine fra realtà e dimensione digitale. E questo corto circuito è particolarmente evidente negli adolescenti, immersi in una bolla da cui hanno difficoltà a staccarsi. Ma sulla stessa barca digitale ci siamo anche noi adulti. Dunque, come imparare a usare il digitale è un grande tema di ricerca intergenerazionale che ci potrebbe accomunare.

Certo l'uso, l'abuso e la dipendenza dai social di chi sta crescendo è un tema che interroga chi ha responsabilità educative. Ne ha scritto Vittorio Lingiardi, altro grande psicoanalista. Non faccio crociate contro la vita online – ha detto in un recente articolo – ma dobbiamo sapere che molti ragazzi oggi scoprono la sessualità sullo schermo prima che nell'esperienza o nelle fantasie. È necessario, anche se faticoso – ha precisato – sforzarsi di capire quando la realtà virtuale è una forma di vita in più e quando diventa fuga dal corpo, sospensione della vitalità. Per noi adulti capire questo non è facile, siamo disorientati, non sappiamo cosa vedono i nostri figli nel chiuso della loro cameretta... Peraltro la letteratura scientifica ha riconosciuto l'uso dei social media da parte degli adolescenti come un fattore di rischio suicidario. Credo tutti abbiamo in mente l'immagine dell'audizione con i rappresentati delle piattaforme social presso la Commissione Giustizia al Senato degli Stati Uniti nel febbraio 2024. Con gli amministratori delle *Big Tech* chiamati a rispondere dei danni causati dai *social network*, davanti ai familiari delle vittime che agitavano le foto dei loro figli morti o danneggiati dalle piattaforme social.

Che fare, dunque? Rendere interessante il mondo reale, riuscendo a coinvolgere bambini e adolescenti in percorsi di

senso, che li considerino interpreti del tempo, antropologi del presente, che li mettano cioè in una posizione attiva, a partire dalle domande che hanno, dalle inquietudini che li attraversano. Percorsi che mediante i linguaggi espressivi aiutino questa generazione a prendere parola, a simbolizzare il reale, a leggerlo e comprenderlo, a significarlo insieme. Il malessere è spesso una domanda di significato che non trova ascolto, non sa a chi rivolgersi, rimane muta e scava dentro. Alla Agorà 2025 di Animazione Sociale, dedicata agli adolescenti, una brava neuropsichiatra dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, Antonella Anichini, ha detto questa frase che è molto vera: «Oggi è troppo quello che gli arriva addosso». È un'immagine semplice ma potente, che con immediatezza ci permette di avvicinarci alle/agli adolescenti di oggi. Sottoposti come sono a un eccesso di virtuale, con l'iperstimolazione dei social che veicolano modelli estetici e prestativi in un'età in cui ci si sente fatalmente brutti. Chi ha visto la serie tv *Adolescence*, ricorda che a un certo punto Jamie, il protagonista 13enne, dice alla psicologa durante il colloquio nell'istituto in cui è rinchiuso per aver ucciso una coetanea che lo respingeva: «Sono brutto, il più brutto». Ed è una frase che colpisce per l'inadeguatezza che esprime rispetto agli standard prestativi imposti dai social e per le conseguenze depressive e le reazioni aggressive che ciò può suscitare.

D4. Cosa pensa del fenomeno in aumento dei casi di ritiro sociale?

R.4. Credo che il ritiro sociale si possa leggere come una forma estrema di autodifesa contro un mondo percepito come troppo competitivo. Non come un rifiuto ad affrontare la vita, ma, al contrario, come il tentativo talvolta estremo di rimanere vivi. Come un modo per sfuggire alle pressioni sociali e familiari, per sottrarsi da ambienti scolastici percepiti come giudicanti, per non sentire su di sé l'inadeguatezza e la vergogna nelle relazioni con i propri pari. È un atto silente di resistenza, che in Italia nel 2023, secondo uno studio del CNR, coinvolgeva circa 54.000 casi tra gli studenti, mentre un'indagine dell'ISS ne contava 66.000.

D5. L'aumento della richiesta di servizi di cura ci interroga su cosa succede: sono falliti i sistemi a monte? I fattori di protezione individuali e collettivi non tengono? Il rafforzare i servizi sanitari e socio-sanitari, è una sconfitta? È da ripensare l'organizzazione attuale della presa in cura di questa tipologia di utenza?

R.5. È interessante l'ipotesi che fa a riguardo Vittorio Lingiardi. Nell'articolo in cui commenta la già citata serie *Adolescence*, scrive: «Una volta i ragazzi avevano due vite: una in casa e una fuori, adesso ne hanno una terza online. E tutt'attorno i famosi contenitori psicologici e sociali, dalle

pareti a volte troppo rigide, si sono liquefatti. È più facile che parti di sé funzionino in modo non coerente, con modalità dissociative o difficoltà di regolazione emotiva». Se sono venuti meno i contenitori, si tratta di capire come ricostruirli. Se non potranno più essere quelli della modernità solida, si tratta di individuare quelli che possono andar bene in questa società liquefatta, dove molta vita «viene inghiottita» nell'online.

Animazione Sociale ha pubblicato su questo un interessante libro di Davide Fant, pedagogista, dal titolo *R-esistere adolescenti. Strumenti per una risposta educativa alla sofferenza delle nuove generazioni*, in cui lui affronta il tema del lavoro educativo con i nuovi adolescenti. Lo fa a partire dall'esperienza di Anno Unico, che è una scuola per chi non va a scuola (a Saronno), frequentata da adolescenti "dispersi", provenienti sia da situazioni di marginalità sociale che da vissuti di forte ansia e ritiro, i cosiddetti *loser*, i "perdenti della società della prestazione". Fant si interroga su quale gruppo oggi possa rispondere alle urgenze di questa generazione, muovendo dall'ipotesi che non si possano proporre contesti analoghi allo stesso contesto "tossico" da cui gli/le adolescenti si sentono oppressi. È sperimentando un ambiente alternativo alla società della prestazione – *setting* dove si possa rallentare, respirare, stare nel dubbio, porsi domande... – che la vita può ricominciare a fluire e può crearsi quello scarto necessario per rimettersi in cammino

D6. La miglior risposta "di aiuto" per minori ed adolescenti in difficoltà non può che essere corale, condivisa e concentrata tra i 4 ambiti (progetto di vita, percorso didattico educativo, opportunità assistenziali, piano terapeutico-riabilitativo), concorda? Se sì, siamo già sulla strada o dobbiamo ancora imboccarla?

R.6. Mi perdonerete se per rispondere faccio ancora un rimando a un autore intervistato sulle pagine di Animazione Sociale. In uno degli ultimi numeri Vito Mancuso esprime questo pensiero che per me è "definitivo". Lui dice che la parola più importante è educazione. Educazione vuol dire "condurre fuori" e, a differenza dell'istruzione che presuppone soggetti equiparati a scatole vuote da riempire, presuppone che coloro ai quali ci si rivolge abbiano qualcosa dentro di sé, un centro che va svegliato e portato alla luce, per cui l'azione educativa equivale a una specie di risveglio. È quello che insegnava Plutarco in una frase famosissima: "La mente non ha bisogno, come un vaso, di essere riempita, ma piuttosto, come legna, necessita di una scintilla che l'accenda e vi infonda l'impulso alla ricerca e un amore ardente per la verità". Riempire la mente come un vaso significa istruirla; accendere in essa una scintilla significa educarla. Offriamo questo ai nostri ragazzi e alle nostre

ragazze? E poi, in un altro passaggio, prosegue questa riflessione parlando di quale adulto è in grado di educare in questo senso. Dice: "Se la mente come legna necessita di una scintilla che l'accenda, com'è che si accende la scintilla? È evidente che per accendere devi essere acceso tu adulto, tu educatore, tu insegnante, tu terapeuta. Se non sei acceso non accendi." Questo vuol dire che per essere insegnante, educatore, terapeuta occorre una sorta di educazione permanente. Soprattutto occorre un adulto che non spenga la scintilla, che non mortifichi la soggettività, che non attacchi l'autostima perché questo sarebbe il più grave reato educativo.

Bibliografia

- Miguel Benasayag, Teodoro Cohen, *Elogio dell'intranquillità*, Vita e Pensiero, Milano 2023.
- Massimo Ammaniti, *Breve guida contro l'ansia da mondo digitale per genitori e adolescenti*, la Repubblica, 20 agosto 2025.
- Vittorio Lingiardi: "Il corpo, un teatro di meraviglie e spaventi", intervista a cura di Barbara Gabbriellini, in "la Repubblica", 6 settembre 2025.
- Vittorio Lingiardi: "In Adolescenza una violenza invisibile, figlia della misoginia", intervista a cura di Natalia Aspesi, in "la Repubblica", 30 marzo 2025.
- Davide Fant, *R-esistere adolescenti. Strumenti per una risposta educativa alla sofferenza delle nuove generazioni*, «Le Matite di Animazione Sociale», Torino 2024.
- Vito Mancuso, *Educare è accendere l'umano, Perché oggi non basta istruire, occorre educare*, intervista a cura di Roberto Camarlinghi e Francesco d'Angella, in "Animazione Sociale", nr. 381, 2025.

Precocizzazione disturbi psicopatologici nell'utenza giovanile

*Un'analisi dei flussi NPIA, SMA e SDO (2015-2024)
sull'utenza giovanile nei servizi di salute mentale in Emilia-Romagna*

Alessio Saponaro, Matteo Monzio Compagnoni,
Michela Cappai, Giancarlo Gibertoni, Gabriela Gildoni,
Gianpaolo Luppi, Claudia Nerozzi, Maristella Salaris

ABSTRACT

Nel presente saggio viene presentato un inquadramento epidemiologico e delle complessità relativo all'utenza che afferisce ai DSM-DP della Regione Emilia Romagna (RER), nelle fasce di età 0-13, 14-17 e 18-25, che sono oggetto di alcune valutazioni e progettualità attive nei vari Servizi afferenti ai DSM-DP della nostra RER, e che sono trattate in vari saggi presenti in questo numero di SESTANTE. Tale lavoro potrà essere una base per la discussione dei dati e per la valutazione dei modelli organizzativi futuri più adatti.

19

Introduzione

In un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2025) è stato evidenziato come tra i 10 ed i 19 anni circa un adolescente su sette (15%) sperimenti condizioni di disagio psicologico o un disturbo mentale, con prevalenza di disturbi d'ansia e depressivi, e come il suicidio rappresenti una delle principali cause di morte tra i 15 e i 19 anni. Altri disturbi rilevanti includono ADHD, disturbi della condotta, disturbi alimentari, disturbi psicotici, autolesionismo e comportamenti a rischio, tra cui l'uso di sostanze. Secondo il rapporto UNICEF sullo stato di salute mentale dei bambini nell'Unione Europea (UNICEF, 2024), si stima che circa il 13% dei giovani fino ai 19 anni nell'UE presenti condizioni di disagio o disturbo mentale. In tale rapporto, accanto ai quadri diagnosticabili viene rilevata una quota rilevante di sofferenza psicologica sub-soglia, caratterizzata da sintomatologie mutevoli e difficilmente inquadrabili. Anche a livello regionale, i dati dello Studio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (Gruppo di Ricerca HBSC Italia, 2023), indicano un'anticipazione di alcuni comportamenti a rischio, con abbassamento dell'età di iniziazione all'uso di sostanze, in particolare cannabis e alcol, suggerendo una tendenza all'anticipo dell'esordio dei disturbi psicopatologici.

Rif.
Matteo Monzio Compagnoni,
Biostatistico, collaboratore Area Salute Mentale e Dipendenze,
Regione Emilia-Romagna; DSM-DP/ AUSL di Reggio Emilia;
Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi,
Università degli Studi di Milano-Bicocca, ORCID ID:
<https://orcid.org/0000-0002-2105-4572>
matteomonzio@gmail.com

Una meta analisi di 192 studi, che includevano dati provenienti da oltre 700.000 pazienti (Solmi *et al.*, 2022), ha stimato che oltre un terzo dei disturbi mentali insorge prima dei 14 anni e che quasi la metà dei casi esordisce prima dell'età adulta. Lo studio documenta un'età media di insorgenza particolarmente precoce per i disturbi del neuro-sviluppo e per l'ansia, mentre disturbi alimentari, stress-correlati, psicosi, disturbi di personalità e dell'umore tendono a emergere durante l'adolescenza, o nella prima età adulta. Queste evidenze sull'anticipo dell'esordio dei disturbi rafforzano l'importanza di strategie di identificazione e intervento precoce per la presa in carico clinico-assistenziale.

Inoltre, il Libro Bianco FIARPED (FIARPED, 2019), ha evidenziato come una quota significativa di minori venga ancora ricoverata in reparti per adulti, sottolineando la necessità di superare tali pratiche. Nel periodo post-lockdown, infatti, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ha registrato un marcato aumento delle richieste di ricovero, con conseguente saturazione dei posti disponibili e rischio di ricoveri impropri. A conferma di questa tendenza, secondo stime recenti dell'OMS nel suo rapporto 2025, circa il 10% dei ricoveri psichiatrici di minori è avvenuto in reparti per adulti (WHO, 2025). L'OMS stesso raccomanda interventi di prevenzione, identificazione precoce e trattamenti tempestivi, sottolineando l'importanza di limitare l'ospedalizzazione non necessaria ed evitare una eccessiva medicalizzazione (WHO, 2025). Ulteriori indagini nazionali (Ussai *et al.*, 2022) segnalano criticità diffuse tra i giovani, tra cui isolamento sociale, dipendenze comportamentali, bullismo e coinvolgimento in attività illegali online. Infine, il Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, 2017) ha evidenziato diverse criticità dei servizi, tra cui un'enfasi prevalente sulla gestione delle acuzie, la frammentazione tra sanità, servizi sociali e scuola, e le difficoltà nella transizione ai servizi per adulti, completata con successo solo da una minoranza dei giovani. Vengono inoltre segnalati uno scarso coinvolgimento delle famiglie e la persistenza di stigma e discriminazione, che continuano a limitare l'accesso ai servizi, in particolare per i gruppi più vulnerabili.

Alla luce di questo quadro, appare necessaria una rivalutazione della risposta dei servizi. Il presente lavoro si propone, dunque, di analizzare nelle fasce d'età 0-13, 14-17 e 18-25 anni le variazioni nel profilo dell'utenza che accede ai servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) della Regione Emilia-Romagna, al fine di supportare la programmazione clinica e organizzativa regionale.

2. Materiali e metodi

Fonte dei dati

Il presente studio, di tipo osservazionale prospettico e a base di popolazione, si basa sull'utilizzo degli archivi sanitari amministrativi di Regione Emilia-Romagna, opportunamente anonimizzati ai sensi della normativa vigente a tutela della *privacy* degli assistiti. I diversi flussi informativi sono stati integrati tramite una procedura di *record-linkage*, consentendo di ricostruire i percorsi assistenziali degli utenti nel periodo di osservazione. In particolare, sono stati utilizzati i seguenti archivi sanitari amministrativi regionali: (1) il Sistema Informativo regionale della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIAER); (2) il Sistema Informativo regionale di Salute Mentale adulti (SISMER); (3) il Sistema Informativo regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDOER). I flussi SINPIAER e SISMER sono entrambi alimentati dalle informazioni cliniche e amministrative registrate dagli operatori sanitari attraverso la Cartella unica regionale elettronica dei Servizi del DSM-DP e della psicologia (CURE).

Selezione della coorte

Tramite l'integrazione e l'analisi dei diversi archivi sono state identificate, per ogni anno del periodo 2015-2024, tre distinte coorti di utenti, sulla base dei seguenti criteri di inclusione e/o esclusione.

• NPJA (00-17) – Flusso SINPIAER

Sono stati inclusi gli utenti, e nuovi utenti, assistiti dai servizi regionali NPJA che nell'anno di osservazione presentavano:

- Età compresa tra 0 e 17 anni.
- Erogazione di almeno una prestazione.
- Presenza di almeno una diagnosi psicopatologica registrata.

• SMA (18-25) – Flusso SISMER

Sono stati inclusi gli utenti, e nuovi utenti, assistiti dai servizi regionali della Salute Mentale Adulti (SMA) che nell'anno di osservazione presentavano:

- Età compresa tra 18 e 25 anni.
- Erogazione di almeno una prestazione.
- Presenza di almeno una diagnosi psicopatologica registrata.

• RICOVERI (00-25) – Flusso SDOER

Sono stati inclusi gli utenti che nell'anno di osservazione presentavano:

- Età compresa tra 0 e 25 anni.
- Almeno un ricovero ordinario con diagnosi principale di disturbo psicopatologico.

Variabili considerate

Per gli utenti di ciascuna coorte e per ogni anno di osservazione sono state calcolate variabili sociodemo-

grafiche (età, genere, e cittadinanza) e clinico assistenziali. Queste ultime includevano il reparto di dimissione per i ricoveri ospedalieri (psichiatria, neuropsichiatria, pediatria, altri reparti) ed il gruppo diagnostico, definito sulla base delle diagnosi registrate (schizofrenia e altre psicosi funzionali, mania e disturbi affettivi bipolari, depressione, disturbi d'ansia, disturbi personalità e comportamento, alcolismo e tossicomanie, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), altri disturbi psichici).

Le analisi sono state stratificate per fascia di età (00-13, 14-17, 18-25 anni), in coerenza con gli obiettivi dello studio e la struttura dei servizi considerati.

Analisi statistica

Le variabili qualitative sono state descritte mediante frequenze assolute e percentuali, mentre le variabili quantitative sono state sintetizzate con media e deviazione standard (SD). Le analisi descrittive sono state condotte su base annuale per l'intero periodo 2015-2024. Nell'Appendice sono riportate le codifiche ICD-9-CM e ICD-10 utilizzate per identificare i disturbi psicopatologici indicati. Tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software di analisi statistica SAS, versione 9.4, SAS Institute, Cary, NC, USA.

3. Risultati

3.1. Utenza assistita nei servizi territoriali di Salute Mentale (NPIA e SMA)

Nel periodo 2015-2024, l'utenza assistita dai servizi della NPIA con almeno una diagnosi psicopatologica mostra una crescita consistente, passando da circa 11mila utenti assistiti nel 2015 ad oltre 15mila nel 2025 (Tab. 1). Il numero

di nuovi utenti NPIA, rimane stabile fino al 2019 e subisce un crollo importante nel 2020, dovuto alla crisi sanitaria derivante dalla pandemia da Covid-19. Dopo la brusca flessione osservata nel 2020 (-30,6% rispetto al 2019), la nuova utenza NPIA registra una rapida ripresa nel 2021, per stabilizzarsi nel triennio 2022-2024 (Tab. 1; Fig. 1).

Come riportato in Tab. 1, anche il numero di pazienti con una diagnosi psicopatologica tra i 18 e i 25 anni assistiti dai servizi della SMA mostra una crescita moderata nel decennio, con una flessione nel periodo pandemico e una ripresa negli anni successivi, fino a valori prossimi a quelli pre-pandemici.

Osservando la Tab. 2, la nuova utenza NPIA risulta essere composta prevalentemente da 00-13enni (77%-79% fino al 2019), sebbene dal 2020 si osservi un aumento della quota di 14-17enni fino a raggiungere circa un terzo del totale nel 2024, con un picco del 39% nel 2022. L'età media della coorte sembra aumentare lievemente (di circa 14 mesi) nel decennio 2015-2024, così come la proporzione di femmine, che dal 42% del 2015 raggiunge valori stabilmente intorno al 50%. La quota di nuovi utenti con cittadinanza non italiana appare in leggero aumento, stabile intorno a valori del 20% negli ultimi anni. Per quanto riguarda la nuova utenza SMA, l'età media è rimasta stabile intorno ai 21 anni; le femmine rappresentano poco più della metà degli utenti, e la quota di cittadini non italiani non mostra variazioni strutturali nel tempo (Tab. 2).

3.2. Utenza ospedaliera (ricoveri ordinari con diagnosi psicopatologica)

Nel decennio considerato il numero di utenti con età compresa tra 0 e 25 anni e almeno un ricovero ordinario

Anno	NPIA			SMA (18-25)			Ricoveri (00-25)		
	Utenti	Nuovi Utenti	Δ (%) [†]	Utenti	Nuovi Utenti	Δ (%) [†]	Ricoveri	Utenti	Δ (%) [†]
2015	10.946	1.551	-	3.852	1.614	-	1.670	1.218	-
2016	11.446	1.557	0,4%	3.975	1.638	1,5%	1.785	1.254	3,0%
2017	12.194	1.693	8,7%	4.355	1.842	12,5%	2.037	1.408	12,3%
2018	12.836	1.622	-4,2%	4.573	2.074	12,6%	2.198	1.486	5,5%
2019	13.883	1.687	4,0%	4.755	2.022	-2,5%	2.403	1.565	5,3%
2020	13.364	1.171	-30,6%	4.341	1.597	-21,0%	1.911	1.284	-18,0%
2021	15.124	2.193	87,3%	4.037	1.418	-11,2%	2.521	1.690	31,6%
2022	14.276	1.733	-21,0%	4.175	937	-33,9%	2.662	1.768	4,6%
2023	14.730	1.686	-2,7%	4.464	814	-13,1%	2.816	1.804	2,0%
2024	15.213	1.724	2,3%	5.150	1.548	90,2%	3.006	1.928	6,9%

Tab. 1 - Utenza assistita per disturbi psicopatologici[¶] nei servizi territoriali di Salute Mentale[§] e nei ricoveri ospedalieri ordinari con diagnosi psicopatologica della RER, per Anno, Servizio[§] e Tipologia di Rapporto con il Servizio[¶]. Fonte: RER, 2015-2024.

NPIA: Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza; SMA: Salute Mentale Adulti.

¶ Individui distinti con almeno una prestazione e una diagnosi psicopatologica nell'anno nei servizi territoriali di salute mentale (NPIA, SMA), oppure con almeno un ricovero ordinario con diagnosi psicopatologica.

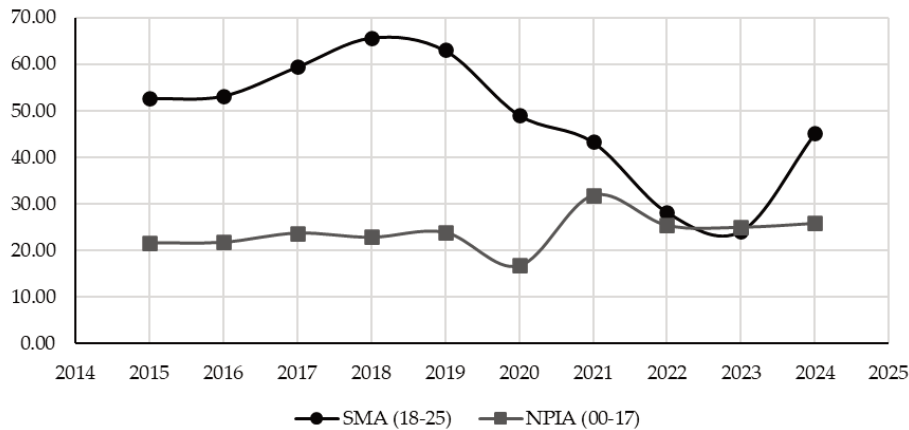
§ Servizi territoriali di Salute Mentale inclusi: NPIA e SMA.

§ Tipologia di servizio (e fasce d'età): NPIA (0-17 anni), SMA (18-25 anni), ricoveri ospedalieri (0-25 anni).

¶ Tipologia di rapporto (per NPIA e SMA): utenza e nuova utenza

† Crescita annua (%) rispetto all'anno precedente: calcolata sui nuovi utenti (NPIA, SMA) e sugli utenti complessivi (ricoveri ospedalieri).

Tassi grezzi di nuova utenza NPIA e SMA (x 10.000 residenti)



22

Fig. 1 - Tassi grezzi di nuova utenza assistita per disturbi psicotologici nei servizi territoriali di Salute Mentale^λ nella RER, per Anno. Fonte: RER, 2015-2024.

Tassi espressi per 10.000 residenti appartenenti alla medesima fascia di età.

¥ Per NPIA e SMA, il numeratore include i nuovi utenti (individui distinti) con almeno una prestazione e almeno una diagnosi psicotologica registrata nell'anno nei servizi territoriali di salute mentale.

λ Servizi territoriali di Salute Mentale inclusi: NPIA (0-17 anni) e SMA (18-25 anni).

con diagnosi psicotologica aumenta in modo sostenuto, passando da 1.218 (2015) a 1.928 (2024), con un incremento del 58% circa (Tab. 1). Tale crescita risulta costante nel periodo considerato, con una importante flessione nel 2020

(-18%) a causa della pandemia, seguita da una forte risalita a partire dal 2021 (+31,6% sull'anno precedente). Il numero dei ricoveri totali sembra seguire lo stesso andamento, crescendo da 1.670 ricoveri nel 2015 a oltre 3.000 nel 2024.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
NPIA (00-17)	N	1.551	1.557	1.693	1.622	1.687	1.171	2.193	1.733	1.686	1.724
	Età (anni)										
	Media (SD)	9,1 (4,3)	9,0 (4,5)	9,0 (4,5)	9,4 (4,5)	9,0 (4,4)	9,7 (4,6)	10,2 (4,6)	11,0 (4,7)	10,4 (4,7)	10,3 (4,6)
	00-13	1.215 (78,3%)	1.213 (77,9%)	1.329 (78,5%)	1.244 (76,7%)	1.328 (78,7%)	868 (74,1%)	1.486 (67,8%)	1.056 (60,9%)	1.143 (67,8%)	1.180 (68,4%)
	14-17	336 (21,7%)	344 (22,1%)	364 (21,5%)	378 (23,3%)	359 (21,3%)	303 (25,9%)	707 (32,2%)	677 (39,1%)	543 (32,2%)	544 (31,6%)
	Femmine	651 (42,0%)	649 (41,7%)	711 (42,0%)	705 (43,5%)	702 (41,6%)	579 (49,4%)	1.264 (57,6%)	973 (56,1%)	830 (49,2%)	838 (48,6%)
	Cittadinanza non Italiana	248 (16,0%)	259 (16,6%)	344 (20,3%)	272 (16,8%)	302 (17,9%)	204 (17,4%)	409 (18,7%)	327 (18,9%)	321 (19,0%)	362 (21,0%)
SMA (18-25)	N	1.614	1.638	1.842	2.074	2.022	1.597	1.418	937	814	1.548
	Età (anni)										
	Media (SD)	21,3 (2,3)	21,3 (2,3)	21,2 (2,3)	21,3 (2,3)	21,2 (2,4)	21,1 (2,3)	21,0 (2,3)	21,2 (2,3)	21,6 (2,2)	20,8 (2,3)
	Femmine	893 (55,3%)	891 (54,4%)	977 (53,0%)	1.067 (51,4%)	1.140 (56,4%)	907 (56,8%)	865 (61,0%)	632 (67,4%)	533 (65,5%)	959 (62,0%)
	Cittadinanza non Italiana	334 (20,7%)	394 (24,1%)	413 (22,4%)	421 (20,3%)	355 (17,6%)	274 (17,2%)	334 (23,6%)	170 (18,1%)	177 (21,7%)	248 (16,0%)

Tab. 2 - Statistiche descrittive della Nuova utenza per disturbi psicotologici[¥] assistita dai servizi territoriali di Salute Mentale^λ della RER, per Servizio e Anno. RER, 2015-2024.

NPIA: Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza; SMA: Salute Mentale Adulti; SD: Standard Deviation.

¥ Nuovi utenti (individui distinti) con almeno una prestazione e una diagnosi psicotologica nell'anno nei servizi territoriali di salute mentale (NPIA, SMA).

λ Servizi territoriali di Salute Mentale (e fasce d'età) inclusi: NPIA (0-17 anni) e SMA (18-25 anni).

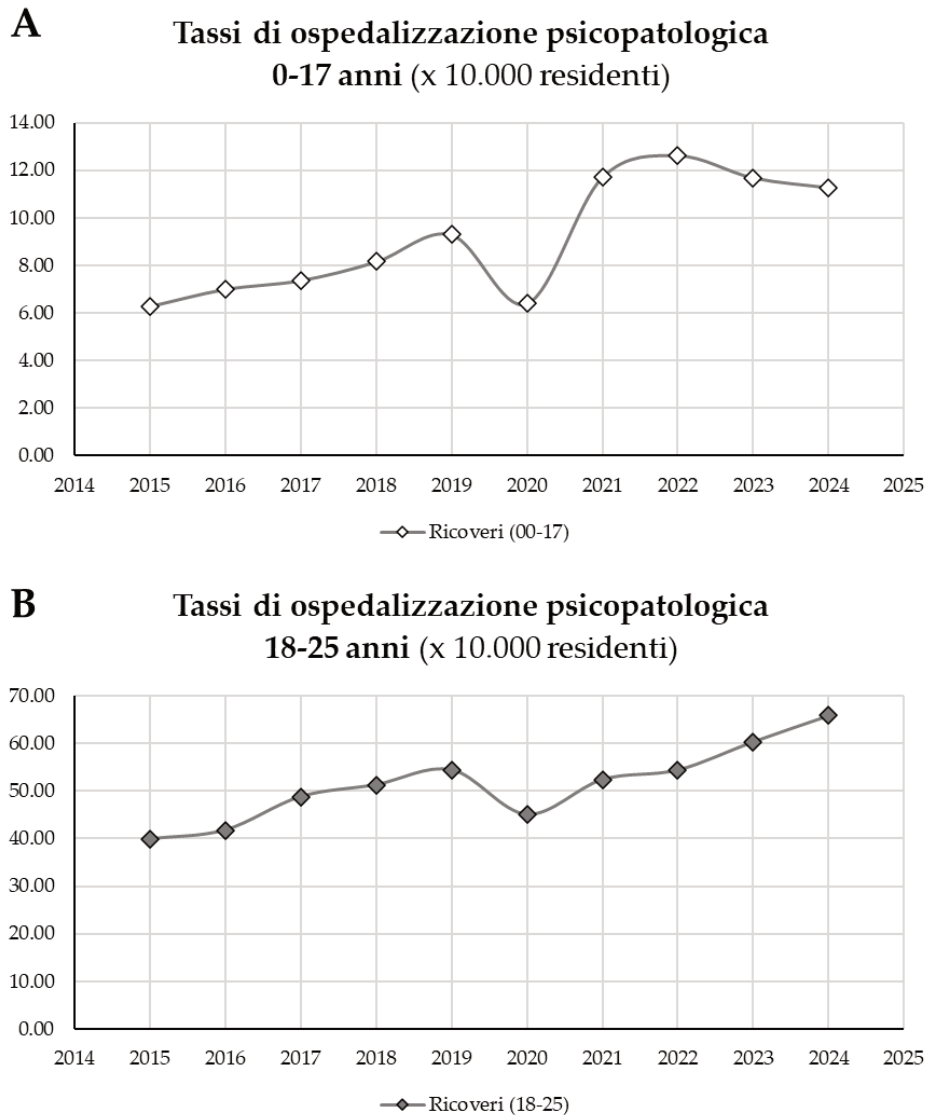


Fig. 2 - Tassi grezzi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari con diagnosi psicopatologica[§] relativi ai pazienti appartenenti alle fasce di età 0-17 anni (Pannello A) e 18-25 anni (Pannello B) nella Regione Emilia-Romagna, per Anno. Fonte: RER, 2015-2024.

Tassi espressi per 10.000 residenti appartenenti alla medesima fascia di età.

[§] Per i ricoveri ospedalieri, il numeratore include il numero totale di ricoveri ordinari con diagnosi psicopatologica nell'anno, relativi a utenti di età 0-25 anni. I tassi sono riportati separatamente per fasce di età: 0-17 anni e 18-25 anni.

I tassi di ospedalizzazione mostrano andamenti differenziati per fascia d'età (Fig. 2): più stabili nei minori, ma in crescita nei 18-25enni.

L'età media degli utenti 00-25enni che hanno sperimentato almeno un ricovero ospedaliero con diagnosi psicopatologica rimane stabile, pari a circa 19 anni (Tab. 3). Di questi utenti, quelli nella fascia 18-25 anni risultano stabilmente la quota maggiore, rappresentando circa i due terzi dell'utenza ospedaliera considerata nel

periodo (60%-70%). La percentuale di utenti femmine sembra crescere in modo costante, partendo dal 46,5% del 2015 fino al 56% del 2024, con un picco del 62% nel 2022. La quota di utenti non italiani risulta stabile intorno al 18%-20% in tutto il periodo considerato.

La quota di utenti con ricoveri multipli aumenta progressivamente nel tempo, dal 20% circa del 2015 fino al 30% circa del 2019, per stabilizzarsi su valori del 29%-32%.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
UTENTI*										
N	1.218	1.254	1.408	1.486	1.565	1.284	1.690	1.768	1.804	1.928
Età (anni)										
Media (SD)	19,0 (5,1)	18,4 (6,2)	18,7 (5,7)	18,7 (5,8)	18,2 (6,2)	18,6 (6,0)	18,2 (5,6)	17,7 (6,1)	18,4 (5,9)	18,7 (5,8)
00-13	151 (12,4%)	204 (16,3%)	193 (13,7%)	210 (14,1%)	248 (15,9%)	183 (14,3%)	248 (14,7%)	296 (16,8%)	242 (13,4%)	241 (12,5%)
14-17	231 (19,0%)	207 (16,5%)	254 (18,0%)	264 (17,8%)	285 (18,2%)	207 (16,1%)	395 (23,3%)	395 (22,3%)	368 (20,4%)	350 (18,2%)
18-25	836 (68,6%)	843 (67,2%)	961 (68,3%)	1.012 (68,1%)	1.032 (65,9%)	894 (69,6%)	1.047 (62,0%)	1.077 (60,9%)	1.194 (66,2%)	1.337 (69,3%)
Femmine	566 (46,5%)	568 (45,3%)	681 (48,4%)	694 (46,7%)	778 (49,7%)	697 (54,3%)	974 (57,6%)	1095 (61,9%)	1042 (57,8%)	1075 (55,8%)
Cittadinanza non Italiana	249 (20,4%)	250 (19,9%)	307 (21,8%)	303 (20,4%)	327 (20,9%)	239 (18,6%)	288 (17,0%)	287 (16,2%)	275 (15,2%)	354 (18,4%)
UTENTI (con ≥2 ricoveri)[§]										
N (%)	237 (19,5%)	288 (23,0%)	362 (25,7%)	404 (27,2%)	470 (30,0%)	377 (29,4%)	513 (30,4%)	526 (29,8%)	581 (32,2%)	570 (29,6%)
00-13	4 (1,7%)	9 (3,2%)	8 (2,2%)	14 (3,5%)	9 (1,9%)	16 (4,3%)	27 (5,3%)	36 (6,8%)	18 (3,1%)	19 (3,3%)
14-17	36 (15,2%)	43 (14,9%)	56 (15,5%)	57 (14,1%)	76 (16,2%)	34 (9,0%)	100 (19,5%)	92 (17,5%)	97 (16,7%)	83 (14,6%)
18-25	197 (83,1%)	236 (81,9%)	298 (82,3%)	333 (82,4%)	385 (81,9%)	327 (86,7%)	386 (75,2%)	398 (75,7%)	466 (80,2%)	468 (82,1%)
RICOVERI										
Totale	1.670	1.785	2.037	2.198	2.403	1.911	2.521	2.662	2.816	3.006
00-13	157 (9,4%)	213 (11,9%)	201 (9,9%)	223 (10,1%)	258 (10,7%)	198 (10,4%)	273 (10,8%)	335 (12,6%)	268 (9,5%)	264 (8,8%)
14-17	292 (17,5%)	287 (16,1%)	324 (15,9%)	355 (16,2%)	397 (16,5%)	249 (13,0%)	533 (21,2%)	524 (19,7%)	519 (18,4%)	487 (16,2%)
18-25	1.221 (73,1%)	1.285 (72,0%)	1.512 (74,2%)	1.620 (73,7%)	1.748 (72,8%)	1.464 (76,6%)	1.715 (68,0%)	1.803 (67,7%)	2.029 (72,1%)	2.255 (75,0%)
Media (SD)	1,4 (1,1)	1,4 (1,4)	1,5 (1,0)	1,5 (1,1)	1,5 (1,2)	1,5 (1,0)	1,5 (1,1)	1,5 (1,2)	1,6 (1,2)	1,6 (1,3)

Tab. 3 - Statistiche descrittive dell'utenza con almeno un ricovero ospedaliero ordinario con diagnosi psicopatologica* in RER, per Anno. Fonte: RER, 2015-2024.

SD: Standard Deviation.

* Individui distinti con almeno un ricovero ordinario con diagnosi psicopatologica nell'anno, di età compresa tra 0 e 25 anni.

§ Individui distinti che hanno sperimentato almeno due ricoveri ospedalieri ordinari con diagnosi psicopatologica nell'anno.

Ricoveri dei minori (00-17 anni)

Nel decennio 2015-2024, anche la proporzione dei ricoveri ordinari per diagnosi psicopatologica tra i minori (00-17 anni) risulta in forte aumento, presentando un picco di 859 ricoveri complessivi nel 2022, pari al 32,3% del totale dei ricoveri considerati (Tab. 3). Tale tendenza riguarda sia i ricoveri della fascia 00-13 che quelli della fascia 14-17 anni. Osservando la distribuzione dei reparti di dimissione dei ricoveri di pazienti con 00-17 anni (Tab. 4), si conferma un modello di gestione dei minori distribuito su più setting. Il ruolo della Pediatria risulta crescente (primo reparto di

dimissione, con circa il 44% dei ricoveri nel 2024, contro il 29% del 2015). La quota di ricoveri con diagnosi psicopatologica e pazienti minorenni con dimissione dal reparto di Psichiatria (o Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, SPDC) risulta ancora significativa. Nel 2024, circa 3 ricoveri su 10 riguardanti pazienti minorenni si sono conclusi con reparto di dimissione Psichiatria, reparto tendenzialmente dedicato ad una utenza adulta. I ricoveri conclusi con dimissione dal reparto di Neuropsichiatria, invece, presentano oscillazioni maggiori nel 2015-2024, variando tra il 15% e il 29%.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tot.[§]	449	500	525	578	655	447	806	859	787	751
00-13	157 (35,0%)	213 (42,6%)	201 (38,3%)	223 (38,6%)	258 (39,4%)	198 (44,3%)	273 (33,9%)	335 (39,0%)	268 (34,1%)	264 (35,2%)
14-17	292 (65,0%)	287 (57,4%)	324 (61,7%)	355 (61,4%)	397 (60,6%)	249 (55,7%)	533 (66,1%)	524 (61,0%)	519 (65,9%)	487 (64,8%)
Reparto di Dimissione[‡]										
Psichiatria	144 (32,1%)	142 (28,4%)	150 (28,6%)	172 (29,7%)	210 (32,1%)	117 (26,2%)	181 (22,5%)	222 (25,8%)	239 (30,4%)	219 (29,2%)
Neuropsichiatria	134 (29,8%)	114 (22,8%)	118 (22,5%)	119 (20,6%)	95 (14,5%)	85 (19,0%)	135 (16,7%)	122 (14,2%)	124 (15,7%)	140 (18,6%)
Pediatria	131 (29,2%)	194 (38,8%)	219 (41,7%)	253 (43,8%)	279 (42,6%)	206 (46,1%)	415 (51,5%)	432 (50,3%)	348 (44,2%)	333 (44,3%)
Altri Reparti	40 (8,9%)	50 (10,0%)	38 (7,2%)	34 (5,9%)	71 (10,8%)	39 (8,7%)	75 (9,3%)	83 (9,7%)	76 (9,7%)	59 (7,9%)

Tab. 4 - Numerosità dei ricoveri ospedalieri ordinari con diagnosi psicopatologica riguardanti pazienti con età 00-17 anni, in RER, per fascia d'età, Reparto di Dimissione[‡] e Anno. Fonte: RER, 2015-2024.

§ Ricoveri ospedalieri ordinari con diagnosi psicopatologica nell'anno sperimentati da pazienti con età 00-17 anni.

‡ Per ogni Reparto di Dimissione si riporta il numero dei ricoveri (distinti) nell'anno considerato.

3.3. Pattern diagnostici nei servizi territoriali di Salute Mentale e nei ricoveri

Nei servizi NPIA le diagnosi più frequenti sono quelle relative al gruppo degli Altri disturbi psichici (54%-76%), seguiti dai Disturbi d'ansia (22%-33%, con un picco del 33% nel 2022) e dai Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), in forte aumento post-pandemia, dal 4%-6% pre-2020 all'11% nel 2021-2022 (Tab. 5). La frequenza degli altri disturbi, tra cui la Depressione con un 5,7% nel 2024, rimane contenuta (meno del 10%).

Tra i nuovi utenti SMA 18-25enni, invece, i Disturbi d'ansia risultano i più frequenti (circa il 40%), mentre sembrano crescere i Disturbi di personalità (intorno al 18%-20% negli ultimi anni), così come i DNA (18% dei nuovi utenti SMA 18-25enni nel 2023; Tab. 5). Il quadro diagnostico evidenzia un aumento della complessità clinica, con un peso crescente di disturbi che tipicamente richiedono percorsi assistenziali intensivi e prolungati.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri con diagnosi psicopatologica nei pazienti di 00-25 anni, i Disturbi di

personalità risultano il gruppo più frequente, con un incremento dal 21% nel 2015 al 32% nel 2024, seguiti da Schizofrenia e altre psicosi funzionali, al 20% nel 2024, in lieve calo rispetto al 25% del 2015. Le diagnosi di DNA risultano particolarmente frequenti nel 2019-2023, con valori intorno al 18%-29%. Gli utenti 00-25enni con almeno un ricovero ospedaliero con diagnosi di Disturbo correlato a uso di sostanze o a Disturbi d'ansia, presentano una tendenza decrescente nel tempo (dal 16% nel 2015 al 12% nel 2024 per alcolismo e tossicomanie; dal 16% nel 2015 al 9% nel 2024 per i disturbi d'ansia).

4. Discussione

Nel decennio 2015-2024 emerge un quadro di progressivo incremento dell'utenza dei servizi territoriali di Salute Mentale della Regione Emilia-Romagna, particolarmente evidente tra i minori. Nel complesso, i risultati documentano una crescente domanda di cura in età evolutiva, coerente con quanto riportato da numerose fonti nazionali e internazionali. I risultati confermano come la

	Gruppo diagnostico	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
NPIA (00-17)	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	0,6%	0,4%	0,8%	1,1%	0,8%	0,6%	1,1%	1,2%	0,6%	1,1%
	Mania e disturbi affettivi bipolari	0,5%	0,1%	0,8%	0,8%	0,5%	0,7%	0,8%	0,6%	0,5%	0,8%
	Depressione	7,2%	5,9%	6,4%	7,3%	5,6%	6,7%	9,6%	6,9%	5,1%	5,7%
	Disturbi d'ansia	22,4%	24,1%	24,8%	27,6%	23,8%	28,4%	30,0%	32,8%	29,3%	26,1%
	Disturbi personalità e comportamento	1,9%	1,5%	1,4%	2,1%	1,1%	1,5%	2,6%	1,4%	1,7%	1,0%
	Alcolismo e tossicomanie	0,8%	0,4%	0,5%	0,6%	0,8%	0,8%	0,3%	0,5%	0,2%	0,2%
	DNA	4,9%	4,7%	5,3%	4,6%	5,0%	8,5%	11,2%	11,1%	7,8%	7,3%
	Altri disturbi psichici	66,5%	66,1%	65,1%	61,9%	67,7%	59,2%	54,0%	54,0%	60,6%	62,9%
	Totale Soggetti	1.551	1.557	1.693	1.622	1.687	1.171	2.193	1.733	1.686	1.724
SMA (18-25)	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	10,2%	10,7%	10,6%	8,8%	7,1%	8,6%	8,8%	7,2%	7,1%	9,4%
	Mania e disturbi affettivi bipolari	1,9%	2,7%	2,4%	2,4%	2,0%	2,8%	2,4%	3,0%	2,9%	3,0%
	Depressione	16,9%	15,6%	16,4%	16,7%	15,1%	15,2%	14,5%	15,3%	13,8%	12,7%
	Disturbi d'ansia	43,6%	46,5%	44,6%	42,8%	44,8%	38,8%	41,0%	43,0%	40,2%	38,5%
	Disturbi personalità e comportamento	14,7%	12,9%	14,8%	16,7%	18,5%	17,7%	19,7%	18,6%	17,1%	17,9%
	Alcolismo e tossicomanie	6,1%	6,5%	6,7%	6,6%	4,8%	4,6%	2,4%	2,9%	2,9%	4,5%
	DNA	8,9%	9,3%	7,4%	9,8%	9,9%	12,5%	13,5%	13,1%	18,3%	16,9%
	Altri disturbi psichici	5,2%	4,7%	5,5%	4,2%	5,6%	7,2%	7,3%	8,3%	5,9%	10,3%
	Totale Soggetti	1.614	1.638	1.842	2.074	2.022	1.597	1.418	937	814	1.548
RICOVERI (00-25)	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	24,5%	23,4%	26,6%	24,7%	22,6%	22,8%	19,7%	17,6%	18,8%	19,9%
	Mania e disturbi affettivi bipolari	4,9%	5,0%	5,0%	4,0%	4,9%	3,3%	4,4%	3,7%	3,6%	5,1%
	Depressione	8,2%	7,4%	8,6%	7,4%	9,9%	8,3%	8,6%	10,2%	9,3%	9,7%
	Disturbi d'ansia	16,2%	13,1%	12,9%	12,9%	10,5%	12,4%	12,0%	11,9%	9,0%	9,1%
	Disturbi personalità e comportamento	20,9%	20,1%	20,5%	22,4%	24,5%	27,9%	27,1%	28,1%	31,8%	32,0%
	Alcolismo e tossicomanie	16,1%	16,4%	15,7%	17,8%	15,0%	12,9%	12,0%	12,0%	11,9%	12,3%
	DNA	12,5%	15,6%	13,1%	14,7%	17,8%	16,0%	19,2%	19,7%	18,3%	15,6%
	Altri disturbi psichici	5,6%	7,0%	7,1%	6,7%	6,8%	6,3%	7,8%	7,7%	8,5%	8,0%
	Totale Soggetti	1.218	1.254	1.408	1.486	1.565	1.284	1.690	1.768	1.804	1.928

Tab. 5 - Percentuale di Nuovi utenti con almeno una diagnosi psicopatologica[¥] per Servizio⁴, Gruppo Diagnostico⁵ e Anno. Fonte: RER, 2015-2024.

¥ Individui distinti con almeno una prestazione e una diagnosi psicopatologica nell'anno nei servizi territoriali di salute mentale (NPIA, SMA), oppure con almeno un ricovero ordinario con diagnosi psicopatologica. Nuova utenza per i servizi territoriali di salute mentale (NPIA, SMA); utenza complessiva per i ricoveri ospedalieri.

§ Ogni utente può essere conteggiato in più Gruppi qualora presenti diagnosi appartenenti a diverse categorie; le percentuali all'interno di ciascun servizio possono superare il 100%. Per ciascun servizio e per ogni anno si riporta la percentuale di utenti con almeno una diagnosi appartenente al Gruppo Diagnostico considerato.

λ Servizi inclusi: NPIA (0-17 anni), SMA (18-25 anni) e ricoveri ospedalieri con diagnosi psicopatologica (0-25 anni).

pandemia da Covid-19 abbia rappresentato uno snodo critico per i servizi. Infatti, i servizi della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e della Salute Mentale Adulti (SMA) mostrano una forte sensibilità alle variazioni nell'accesso ai servizi stessi, con cali consistenti degli accessi seguiti da una ripresa rapida. La letteratura attribuisce questa crescita, oltre che ad eventi e fattori di condizionamento e stress esterni, anche ad una migliore capacità di *case finding* da parte dei servizi territoriali (Società Italiana di Pediatria (SIP), 2021). È plausibile che questo aumento dei bisogni da parte della popolazione e questo miglioramento nell'intercettazione di tali bisogni da parte dei servizi, abbiano agito congiuntamente, contribuendo all'incremento osservato nel periodo post-pandemico. Anche se il dato sulla nuova utenza nella fascia di età 18-25 anni, un po' in controtendenza rispetto ad una certa tipologia di narrazione, andrà ulteriormente approfondito in futuro.

È stato rilevato un cambiamento nel profilo clinico dei nuovi utenti, soprattutto minorenni, con un incremento della proporzione di pazienti con disturbi d'ansia e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), che emergono come particolarmente sensibili al contesto pandemico e in crescita nel periodo post-pandemico. Anche nei nuovi utenti SMA con 18-25 anni si osserva un aumento dei disturbi di personalità e DNA; suggerendo un incremento della complessità clinica delle nuove prese in carico in età di transizione.

Parallelamente, la pressione sui servizi ospedalieri risulta in aumento nel decennio (+58%), con un incremento del numero di utenti giovani che sperimentano almeno un ricovero ordinario con diagnosi psicopatologica. Tuttavia, sebbene la distribuzione percentuale tra le fasce di età rimanga complessivamente stabile, senza attribuire chiaramente l'aumento post-pandemico dei ricoveri ad una singola fascia di età, questo dato indica che il ricovero ospedaliero costituisce una risposta sempre più frequente anche per i minori, sollevando interrogativi sull'appropriatezza dei setting assistenziali. In particolare, l'aumento dei ricoveri di minori in SPDC merita attenzione, alla luce delle raccomandazioni nazionali e internazionali che promuovono setting dedicati all'età evolutiva.

L'aumento della quota di pazienti che sperimentano ricoveri multipli, pari a circa 3 utenti su 10 nel 2024, segnala una crescente presenza di una utenza clinicamente complessa, con bisogni assistenziali elevati. Tale fenomeno riguarda prevalentemente la fascia 18-25 anni, suggerendo possibili criticità nella continuità dei percorsi di cura nella fase di transizione dai servizi per minori a quelli per adulti. Considerando i pazienti minorenni si conferma un modello

di gestione distribuito su più setting. Nel 2024, circa un terzo dei ricoveri di minori si conclude in un reparto di Psichiatria, mentre Pediatria e Neuropsichiatria rappresentano rispettivamente il 44% e il 19% delle dimissioni. Questo assetto riflette una risposta organizzativa differenziata a bisogni crescenti, sebbene non sempre ottimale. La progressiva riduzione dei ricoveri in SPDC rispetto al 2015 costituisce un segnale positivo, ma la quota ancora elevata suggerisce che i posti e le risorse dedicate alla NPIA potrebbero non essere ancora sufficienti a rispondere pienamente alla domanda.

I pattern diagnostici nei servizi NPIA risultano relativamente stabili, con una persistente prevalenza della categoria "Altri disturbi psichiatrici", che comprende disturbi del neurosviluppo, emotivi e comportamentali. Tale prevalenza riflette la natura precoce ed eterogenea del disagio psichico in età evolutiva, ma pone interrogativi sulla specificità diagnostica nelle fasi iniziali della presa in carico. Nei servizi SMA per i 18-25 anni, questa categoria si riduce, lasciando spazio a una maggiore presenza di disturbi d'ansia, di personalità, dell'umore e di DNA, coerentemente con un'evoluzione dei quadri clinici verso forme più strutturate. Tra gli utenti 00-25 anni con almeno un ricovero ospedaliero si osserva un aumento della quota di disturbi di personalità e di DNA, mentre risultano in diminuzione i ricoveri associati a disturbi d'ansia e a uso di sostanze. Nel complesso, questi trend suggeriscono uno spostamento del carico ospedaliero verso quadri clinici più complessi, caratterizzati da un maggiore bisogno di continuità assistenziale.

Considerando congiuntamente i dati dei servizi territoriali e ospedalieri, emerge un aumento della gravità e della complessità dei quadri clinici trattati, con un peso crescente di disturbi che richiedono percorsi assistenziali intensivi, integrati e prolungati. Questi risultati indicano una pressione crescente sui servizi regionali e rafforzano la necessità di ripensare modelli organizzativi e percorsi di cura per garantire risposte appropriate e sostenibili.

4.1. Punti di Forza, Limiti

Come dimostrato in altri studi scientifici (Monzio Compagnoni *et al.*, 2023), i dati sanitari amministrativi (o *real-world data*) costituiscono uno strumento sempre più rilevante per attività di monitoraggio e valutazione routinaria della cura erogata dai servizi regionali di salute mentale, in un'ottica di supporto alla programmazione, attuazione e valutazione di politiche sanitarie orientate dall'evidenza. Come per altri studi basati sui dati sanitari amministrativi, uno dei principali punti di forza dello studio consiste nel basarsi su una popolazione ampia, non selezionate e rappresentativa, riducendo il rischio di *bias* da selezione. In secondo luogo, i dati utilizzati riflettono la

pratica clinica di routine e non sono influenzati da *recall bias* o meccanismi di partecipazione volontaria. Un ulteriore elemento di forza è rappresentato dall'integrazione di più flussi informativi (NPJA, SMA e SDO), che consente una lettura longitudinale e trasversale dei percorsi assistenziali, tangendo sia il setting territoriale sia quello ospedaliero. L'utilizzo della cartella unica regionale CURE ha permesso una maggiore omogeneità nella raccolta delle informazioni cliniche, migliorando la possibilità di confrontare i dati nel tempo e tra servizi.

Tuttavia, lo studio presenta alcuni limiti che devono essere considerati. In primo luogo, l'utilizzo degli archivi sanitari amministrativi non consente di catturare il ricorso ai servizi privati non convenzionati, con una possibile sottostima del fenomeno complessivo. Di conseguenza, i risultati ottenuti descrivono esclusivamente l'utenza che accede ai servizi pubblici o privati accreditati del SSR. Come per tutti gli studi basati su dati amministrativi sanitari, la qualità delle analisi dipende in modo diretto dalla completezza e accuratezza delle informazioni registrate dagli operatori sanitari. In particolare, la corretta valorizzazione delle diagnosi e delle prestazioni all'interno della cartella informatizzata CURE rappresenta un elemento cruciale per la solidità dei risultati. Per questo motivo, la cartella CURE, pur rappresentando un importante avanzamento strutturale del sistema informativo regionale, richiede un processo continuo di manutenzione, formazione degli operatori e miglioramento delle modalità di inserimento

dei dati, affinché possa esprimere pienamente il proprio potenziale a supporto della valutazione dei servizi e della programmazione sanitaria.

Conclusioni

Il presente lavoro rappresenta uno dei primi tentativi in Regione Emilia-Romagna di utilizzare i dati sanitari amministrativi per descrivere l'utenza giovanile con disturbi psicopatologici che accede ai servizi della NPJA, della SMA e ai ricoveri ospedalieri. L'analisi dei flussi informativi, alimentati anche dalla nuova Cartella CURE della Regione Emilia-Romagna, consente di caratterizzare tipologie di utenza, monitorarne la prevalenza e cogliere possibili segnali di precocizzazione dei disturbi mentali, fornendo strumenti utili per valutare la qualità dei servizi erogati.

L'uso sistematico e continuo di questi dati può costituire una solida base conoscitiva per orientare la programmazione e l'implementazione di interventi clinici e organizzativi più appropriati e sostenibili, permettendo di adeguare risorse, metodologie e modelli di cura alle reali necessità dell'utenza. In particolare, la disponibilità di evidenze oggettive sul profilo e sull'accesso ai servizi può supportare le politiche regionali nella definizione di modelli organizzativi innovativi, promuovendo una gestione più efficace e mirata dei DSM-DP e contribuendo a migliorare la risposta ai bisogni di bambini, adolescenti e giovani adulti.

Gruppo diagnostico	ICD-9-CM	ICD-10
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	295*, 297*, 298* (escl. 298.0), 299* (escl. 299.0, 299.00, 299.01, 299.1, 299.10, 299.11)	F2*
Mania e disturbi affettivi bipolari	296.0*, 296.1*, 296.4*, 296.5*, 296.6*, 296.7, 296.8* (escl. 296.82)	F30*, F31*, F34.0
Depressione	296, 296.2*, 296.3*, 296.82, 296.9*, 298.0, 300.4, 309.0, 309.1, 311	F32*, F33*, F34.1, F34.8, F34.9, F43.20, F43.21, F43.22, F34*, F38*, F39*
Disturbi d'ansia	300* (escl. 300.4), 306*, 307.4*, 307.8*, 307.9, 308*, 309.2* (escl. 309.28), 309.8*, 316	F4* (escl. F43.20, F43.21, F43.22)
Disturbi personalità e comportamento	301*, 302*, 312*	F6*
Alcolismo e tossicomanie	291*, 292*, 303*, 304*, 305*	F1*
Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA)	307.1, 307.5, 307.50, 307.51, 307.53, 307.54, 307.59	F5* (solo F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.9)
Altri disturbi psichici	307* (escl. 307.1, 307.4*, 307.5, 307.50, 307.51, 307.53, 307.54, 307.59), 309, 309.3, 309.4, 309.5*, 309.9, 313*, 314*,	F8 (escl. F80*, F81*, F82*, F83*, F84*), F9*, F5* (escl. F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.9, F50, F55)

Appendice - Codifiche ICD-9-CM e ICD-10 utilizzate per identificare i disturbi psicopatologici indicati. Fonte: RER, 2015-2024.

Co-autori

Alessio Saponaro, *Sociologo sanitario, Area Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri, Settore Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna*

Michela Cappai, *Esperto gestione programmi, progetti servizi sanitari e rete ospedaliera, Area Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri, Settore Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna*

Giancarlo Gibertoni, *Medico Psichiatra, Direttore Struttura Complessa Salute Mentale Adulti Area Nord, Azienda USL di Modena*

Gabriela Gildoni, *Neuropsichiatra Infantile, Direttore di Struttura Complessa Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Azienda USL di Reggio Emilia*

Gianpaolo Luppi, *Dirigente psicologo, Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), Azienda USL di Piacenza*

Claudia Nerozzi, *Specialista in Sanità e Servizi Sociali, Area Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri, Settore Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna*

Maristella Salaris, *Sociologo sanitario, Area Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri, Settore Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna*

BIBLIOGRAFIA

Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2017) «La salute mentale degli adolescenti. Documento di studio e proposta». Marchesi Grafiche Editoriali SpA. Disponibile su: <https://www.garanteinfanzia.org/wp-content/uploads/2025/06/salute-mentale-adolescenti.pdf> (Consultato: 19 dicembre 2025).

FIARPED (2019) *Libro bianco dell'assistenza pediatrica*. Edizioni Scientifiche Ma.Gi. srl. Disponibile su: <https://fiagop.it/wp-content/uploads/2025/02/libro-bianco.pdf> (Consultato: 19 dicembre 2025).

Gruppo di Ricerca HBSC Italia (2023) «Report HBSC 2022: Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 17 anni.» Disponibile su: https://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/hbsc-italia/report-hbsc_emilia-romagna-2022.pdf/@download/file/Report%20HBSC_Emiliana%20Romagna%202022.pdf (Consultato: 19 dicembre 2025).

Italian Ministry of Health (2013) «Italian National Action Plan for Mental Health». Disponibile su: http://www.salute.gov.it/imgs/-C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf (Consultato: 20 febbraio 2025).

Lora, A. et al. (2011) «Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy», *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(9), pp. 1079-1084. Disponibile su: https://doi.org/10.1176/ps.62.9.pss6209_1079.

Monzio Compagnoni, M. et al. (2023) «Assessment and Monitoring of the Quality of Clinical Pathways in Patients with Depressive Disorders: Results from a Multiregional Italian Investigation on Mental Health Care Quality (the QUADIM Project)», *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), p. 3297. Disponibile su: <https://doi.org/10.3390/jcm12093297>.

Società Italiana di Pediatria (SIP) (2021) «I disturbi neuropsichiatrici in età pediatrica: una nuova emergenza?», *Pediatria*, (9), p. 3.

Solmi, M. et al. (2022) «Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies», *Molecular Psychiatry*, 27(1), pp. 281-295. Disponibile su: <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.

UNICEF (2024) «The state of children in the European Union». <https://www.datocms-assets.com/30196/1708354042-the-state-of-children-in-the-european-union-in-inglese.pdf>. Disponibile su: <https://www.datocms-assets.com/30196/1708354042-the-state-of-children-in-the-european-union-in-inglese.pdf> (Consultato: 19 dicembre 2025).

Ussai, S. et al. (2022) «What Is Next for Public Health after COVID-19 in Italy? Adopting a Youth-Centred Care Approach in Mental Health Services», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), p. 14937. Disponibile su: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214937>.

WHO (2025) «Mental health of adolescents». Disponibile su: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (Consultato: 19 dicembre 2025).

Progetti per la Psicopatologia 14-25 in Emilia-Romagna

Modelli di intervento per uso di sostanze e psicopatologia e attività di prevenzione nel 2025

Stefano Costa, Marco Battini, Michela Cappai,
Ilaria Ferrari, Gianpaolo Luppi

ABSTRACT

Il Gruppo Psicopatologia 14-25, istituito nel 2021, coordina le azioni terapeutiche per adolescenti e giovani adulti tra i 14 e i 25 anni, in linea con la Circolare regionale del 2017. Come gruppo tecnico trasversale nei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, produce documenti, proposte formative e indicazioni.

Nel 2025 ha elaborato un documento inerente a psicopatologia, uso di sostanze e interventi integrati tra servizi sanitari, sociali e educativi. Nelle indicazioni si promuove un approccio multidisciplinare, con attenzione alla presa in carico precoce e volontaria, prevedendo modelli di intervento innovativi per casi complessi e mancata adesione. Altro ambito di lavoro riguarda la prevenzione trasversale, coinvolgendo famiglia, scuola e terzo settore, valorizzando la co-progettazione con i giovani e i loro contesti di vita.

È prevista infine l'attuazione di ricerche per monitorare l'implementazione delle linee guida e identificare ostacoli e facilitatori.

29

Introduzione

Il Gruppo Psicopatologia 14-25 è un gruppo tecnico di professionisti delle 3 aree dei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna costituito con determina 2812 del 17/02/2021 al fine di poter adempiere in modo efficace agli obiettivi previsti dalla Circolare n.1/2017 "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti, Raccomandazioni regionali", che fornisce 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.

Come gruppo tecnico concorda con i Direttori DSM-DP e di UO SerDP e NPIA le azioni strategiche, i temi su cui concentrarsi ed elabora riflessioni ed indicazioni operative tecniche.

In questi anni sono stati elaborati documenti e proposte formative sui diversi temi inerenti il target 14-25 anni, riportate in Tab. 1.

Rif.

Stefano Costa, Medico NPI, Responsabile UOSD Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, DSM-DP, Ausl Bologna, Coordina il Gruppo della Regione Emilia-Romagna Psicopatologia 14-25 anni
051 6478305
stefano.costa@ausl.bologna.it

Documenti	Formazioni
<ul style="list-style-type: none"> - Proposta Procedura di E/U psichiatrica dipartimentale per 14-25. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi in adolescenza
<ul style="list-style-type: none"> - Inserimento e contributo specifico nei Gruppi Regionali Disturbi di Personalità, Esordi (Ex Esordi Psicotici). 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuità omotipica ed eterotipica dei quadri psicopatologici dall'età evolutiva all'età adulta
<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione col Settore politiche sociali di inclusione e pari opportunità per Linee di indirizzo sul "Ritiro sociale: prevenzione, rilevazione precoce ed attivazione di interventi di primo e secondo livello di cui alla DGR 1016/2022". 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelli innovativi di intervento in adolescenza
<ul style="list-style-type: none"> - Contributi nel Piano Sociale Sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticipo dell'età presentazione dei casi gravi
<ul style="list-style-type: none"> - Documenti sulla Residenzialità Minori e sul ricovero di minori (criteri di inclusione ed esclusione, il percorso sanitario previsto, i tempi ed i modi di dimissione, la definizione delle attività terapeutiche da svolgere durante il ricovero e il percorso post-ricovero). 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione integrata casi di disagio con il Servizio Sociale

Tab. 1 - Documenti e proposte formative del Gruppo Regionale Psicopatologia 14-25 anni. Arco temporale 2021-2025.

1. Programma 2025

I temi individuati per il 2025 dai Direttori DSM-DP e di UO SerDP e NPJA sono stati:

- Psicopatologia e uso di sostanze in ad. modello di intervento integrato.

- Prevenzione in una ottica di trasversalità tra tutti i servizi attivi nel DSM/DP in collegamento con il Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione – Programma Predefinito Dipendenze.

Di entrambi questi temi vengono di seguito riportati gli elementi principali.

Il lavoro curricolare del gruppo secondo il mandato specifico della delibera prevede inoltre:

- Attuazione di quanto previsto nel piano socio sanitario regionale (modelli di intervento tipo case della salute, linee guida sul ritiro, contributo alle analisi e ricerche periodiche sull'adolescenza compiute dal sociale).

- Monitoraggio della attuazione delle linee di indirizzo previste dalla Circolare n.1 Percorsi clinici di cura per adolescenti e giovani adulti del 2017. Per questa azione specifica è stata prevista l'attuazione di una ricerca, grazie all'attivazione di una borsa di studio. Lo scopo di questa ricerca che verrà condotta intervistando un campione multiprofessionale di professionisti dei Dipartimenti DSM-DP di tutte le Aziende USL della Regione, è quello di verificare:

- Se le linee guida regionali vengono realizzate nei territori regionali: questo dato verrà valutato trasformando gli items

che si ritengono significativi delle indicazioni trasversali e specifiche delle linee di indirizzo del 2017 in quesiti "presente/assente" nella operatività quotidiana degli intervistati.

- Se rispetto alle indicazioni della circolare l'Azienda si è organizzata diversamente (eventualmente se i territori hanno un intervento di eccellenza per ciascuna patologia).

- Che cosa eventualmente ostacola l'implementazione reale delle linee di indirizzo.

- Che cosa aiuterebbe invece a seguire o migliorare l'adesione alle linee di indirizzo.

- Iniziare ad approfondire la presenza e l'impatto lavorativo di alcune aree che non sono segnate nelle linee guida regionali (dipendenze comportamentali, disforia di genere, ritiro sociale, quadri misti con psicopatologia e utilizzo di sostanze).

I risultati della ricerca verranno affiancati da uno studio statistico sui dati epidemiologici regionali per il confronto e la valutazione di eventuali cambiamenti rispetto a quanto riportato nella circolare del 2017.

2. Indicazioni per un modello di intervento integrato per i pazienti con psicopatologia ed uso di sostanze in età evolutiva

Durante l'adolescenza e la prima età adulta, sperimentare alcol e altre sostanze è spesso percepito come parte del percorso di crescita e socializzazione. Secondo una ricerca di Bartholomeusz per Orygen (2021), l'uso rischioso di alcol

– definito come il consumo di più di quattro bevande standard in un'unica occasione almeno una volta al mese – nell'arco di 12 mesi era più comune tra i giovani adulti di 18–24 anni rispetto agli adolescenti di 14–17 anni (41% contro 9%). Allo stesso modo, il 30% dei giovani adulti, rispetto al 9% degli adolescenti, ha riferito di aver fatto uso di cannabis nei 12 mesi precedenti.

- Le ragioni per cui i giovani continuano a usare alcol e altre droghe (AOD) dopo il primo utilizzo sono simili a quelle riportate dagli adulti: principalmente per divertimento e piacere. I giovani sono particolarmente vulnerabili quando fanno uso di AOD, poiché si trovano in una fase della vita caratterizzata da comportamenti di ricerca del rischio e del piacere. Questa fase rappresenta un periodo di vulnerabilità, poiché il cervello è ancora in sviluppo e il bisogno di appartenenza può favorire comportamenti a rischio.

- I giovani adulti hanno una probabilità del 34% di essere vittime di un incidente legato all'alcol, come abusi fisici o verbali. Nonostante questo, molti giovani tra i 16 e i 25 anni non percepiscono l'uso di sostanze come necessariamente dannoso: il 74% ritiene che possa essere un'"attività piacevole" e il 67% crede che esistano "molte cose molto più rischiose" della sperimentazione di sostanze psicoattive.

- Più di due terzi dei giovani non cercano aiuto dai servizi di salute mentale quando ne avrebbero bisogno, specialmente se il loro problema riguarda l'uso di AOD. Pertanto, l'uso problematico di AOD può spesso passare inosservato e non essere trattato. In alcuni casi, i giovani possono percepire i problemi legati alle sostanze come esperienze "normali", non come questioni per cui valga la pena chiedere aiuto o prestare particolare attenzione, soprattutto se i loro coetanei vivono situazioni simili.

- L'uso di sostanze tra i giovani è motivo di preoccupazione perché può compromettere i delicati processi di crescita che caratterizzano la transizione dall'adolescenza all'età adulta. Il consumo, anche quando ha una dimensione di occasionalità (soprattutto in età molto precoce), può interferire con lo sviluppo fisico, emotivo, sociale e neuroevolutivo, influenzando il benessere e le capacità future dei ragazzi.

Sulla base di queste premesse di letteratura e del dato clinico ed esperienziale dell'aumento numerico e della difficoltà di agganciare e trattare i giovani pazienti con quadri misti di psicopatologia ed uso di sostanze, il Gruppo Psicopatologia 14-25 anni della Regione Emilia-Romagna ha attuato una ricerca della letteratura ed un confronto interno al fine di fornire indicazioni operative su due aspetti:

a) Quali dispositivi è appropriato attivare nei casi psicopatologici complessi e uso di sostanze con mancata adesione volontaria.

b) Quale Dispositivo/modello integrato di intervento con risorse comuni NPJA/SerDP/CSM e Servizi Sociali può essere utile attivare per l'individuazione/intercettazione precoce e la presa in carico anche di quei ragazzi non "complianti" che spesso aderiscono poco ai normali *setting* di presa in carico. Di seguito viene riportata la sintesi delle indicazioni emerse.

2.1. Dispositivi di trattamento per adolescenti con quadri psicopatologici complessi e uso di sostanze, con particolare attenzione a situazioni di mancata adesione volontaria e a situazioni di pericolo per la salute del minore

I. Aspetto legale - Normativa vigente

Un trattamento coatto può essere imposto solo in due casi:

- Ambito penale (es. misure cautelari).

- TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), secondo le modalità previste dalla legge.

Per quanto riguarda invece l'inserimento in comunità di un minore le indicazioni sono quelle contenute nella DGR 1102/2014 delibera *"Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento"*. Il documento disciplina procedure e modalità operative per gli inserimenti consensuali o disposti dall'autorità giudiziaria, ma non attribuisce agli operatori sociali, sanitari o agli enti gestori alcun potere di coercizione. L'inserimento in comunità è sempre un intervento di protezione e cura, da realizzare su base volontaria (con consenso dei genitori/tutori) oppure su disposizione dell'autorità giudiziaria (Tribunale per i Minorenni o Giudice Tutelare). Fra l'altro la Delibera prevede che gli interventi residenziali o semiresidenziali debbano essere tempestivi e, quando possibile, preventivi: si privilegia sempre la permanenza nella famiglia o con forme meno "impatto" prima di ricorrere all'allontanamento.

Fuori da queste cornici, l'intervento non può avvenire contro la volontà del minore, se non con provvedimenti giudiziari specifici. Secondo il diritto internazionale, i minori (10–17 anni) con uso di sostanze non devono essere sottoposti a:

- Arresto, detenzione o trattamento forzato.

- Interventi basati sulla repressione.

Gli interventi devono essere:

- Volontari e accessibili, con approccio *peer-based*.

- Alternativi al consenso genitoriale, quando necessario per cure salvavita (HIV, OST, salute mentale, transizione di genere).

- Soggetti a consenso informato, con rispetto della riservatezza.

- Supervisione indipendente e possibilità di ricorso giudiziario in caso di collocamento coatto.

II. Aspetto tecnico-scientifico

Principi generali condivisi:

- Centralità dell'approccio volontario e personalizzato.
- Rifiutare ogni detenzione obbligatoria mascherata da trattamento.
- Coinvolgere attivamente le persone nei servizi, coinvolgimento della persona, familiari e *caregiver*.
- Discussione aperta su cambiamenti progressivi nell'uso di sostanze, anche in assenza di motivazione all'astinenza.
- Nessun consenso sul ricovero coatto, ritenuto eticamente problematico e scarsamente supportato dalla letteratura → valutare caso per caso.
- Riduzione del danno come principio guida nei casi di uso problematico di sostanze.
- Promozione di resilienza e sviluppo sano.
- Coordinamento tra servizi sanitari, sociali, educativi e familiari.

III. Raccomandazioni operative

In caso di mancata adesione volontaria:

- Esplorare alternative motivate e flessibili: modifiche graduali, coinvolgimento della rete sociale, ascolto attivo.
- Usare strumenti di motivazione al cambiamento, come i colloqui motivazionali.
- Prevedere interventi non istituzionalizzanti, di prossimità e basati sulla fiducia.

In situazioni di pericolo grave per la salute:

- Attivare, solo se necessario, strumenti legali già previsti (es. TSO).
- Ricorrere a misure giudiziarie solo come ultima risorsa.
- Favorire l'intervento precoce integrato, per evitare escalation.

2.2. Dispositivo/modello integrato di intervento con risorse comuni NPIA/SerDP/CSM e Servizi Sociali utile per l'intercettazione e la presa in carico dei ragazzi con bassa compliance e che aderiscono poco ai normali setting di presa in carico

Le riflessioni conclusive trovano convergenza sulla necessità di:

- Superare, ai vari livelli di presa in carico l'approccio frammentato e sequenziale per tendere ad un approccio integrato, precoce e congiunto, con attenzione al lavoro di equipe multidisciplinare e trasversale ai diversi servizi.

- Porre attenzione sulla scelta degli spazi e sull'organizzazione dei servizi che possano essere facilmente accessibili, accoglienti, non connotati e centrati sul/la giovane.
- Promuovere modelli integrati, centrati sul/la giovane e sul suo contesto (con particolare attenzione al coinvolgimento della famiglia, soprattutto per persone di minore età).
- Garantire una presa in carico precoce, continua e personalizzata con valutazioni, strategie di engagement e

interventi via via adattati ai bisogni evolutivi, motivazionali e sociali dei singoli giovani.

- Rafforzare la regia istituzionale per assicurare sostenibilità e continuità degli interventi.
- Rivedere criticamente l'unitarietà della fascia 14-25, aprendo alla possibilità di proposte diversificate per sottogruppi d'età, più in linea con i reali bisogni evolutivi.

3. Progetto trasversale giovani-azioni di prevenzione

I SerDP della Regione Emilia-Romagna propongono da molti anni interventi strutturati sulla prevenzione; negli ultimi anni i vari progetti hanno trovato una maggiore omogeneizzazione e appropriatezza con i criteri del curriculum europeo; oggi emerge la necessità di un ulteriore obiettivo: integrarsi con la nuova esigenza che nasce dall'emersione sempre maggiore del disagio psichico sulle dimensioni dell'ansia, autolesionismo, influenza dannosa dei social, che necessariamente dovranno essere gestite insieme a NPIA e CSM in termini di interventi di prevenzione.

Il progetto regionale di prevenzione nasce quindi dalla collaborazione tra il Centro di Salute Mentale, il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e il Servizio per le Dipendenze Patologiche con l'obiettivo di sviluppare un modello integrato di intervento rivolto alla popolazione giovanile.

L'iniziativa si inserisce nel quadro delle politiche regionali di promozione della salute, ponendosi come strumento operativo per la realizzazione di azioni coordinate e trasversali tra i servizi che, a vario titolo, si occupano di benessere psicologico, salute mentale, prevenzione dell'uso di sostanze e contrasto ai comportamenti a rischio. Il programma riconosce la complessità dei bisogni emergenti nella fascia adolescenziale e nella prima età adulta, caratterizzata da profondi cambiamenti fisici, cognitivi, emotivi e relazionali. In questa fase della vita, la sperimentazione, la ricerca identitaria e l'esposizione a fattori di vulnerabilità possono intrecciarsi, rendendo necessario un approccio integrato, capace di coniugare prevenzione, sostegno, educazione e cura precoce.

Mediante la collaborazione interistituzionale e l'integrazione dei saperi professionali, il programma mira a promuovere contesti di vita sani e inclusivi, a potenziare i fattori di protezione individuali e collettivi e a sviluppare una rete stabile di collaborazione tra servizi sanitari, sistema educativo, enti locali e realtà del terzo settore. Particolare attenzione viene riservata alla prevenzione selettiva, indicata, alla riduzione dei rischi/danni e alla promozione della consapevolezza nei giovani, valorizzando la partecipazione attiva e la co-progettazione con i contesti di vita. In coerenza con gli indirizzi regionali e nazionali in materia di salute mentale e dipendenze, il programma

intende consolidare una visione unitaria della salute come bene collettivo, fondata sull'integrazione delle risposte, sulla continuità assistenziale e sulla costruzione di una cultura della prevenzione condivisa a livello territoriale.

A partire da queste indicazioni di cornice, gli elementi di partenza del lavoro sul tema prevenzione sono i seguenti:

- Negli ultimi anni, presso i Servizi di NPIA, SerDP e Salute Mentale adulti è emersa una consistente crescita di giovani con disturbi psicopatologici e disturbi da uso di sostanze (oltre che dipendenze comportamentali).
- L'aumento quantitativo dell'utenza di età compresa tra i 14 e i 25 anni e l'abbassamento dell'età di esordio ha determinato la necessità di interventi di sistema che coinvolgano la famiglia, la scuola, gli enti locali per gli interventi educativi e di tutela oltre che l'adeguamento delle risorse professionali dei servizi territoriali.
- Il programma si propone di realizzare protocolli, programmi congiunti di prevenzione e presa in carico, consulenza (a livello aziendale) condivisi e realizzati dai tre servizi che compongono il DSM-DP in maniera congiunta.
- Occorre coinvolgere, in un'ottica di sistema sociosanitario integrato anche le componenti sociali, educative e i servizi di sanità pubblica presenti nel sistema dei servizi.

Co-autori

Marco Battini, Educatore Professionale, Collaboratore Area Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri - Regione Emilia-Romagna

Michela Cappai, Referente NPIA/Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Settore Assistenza Territoriale, Direzione Generale Cura alla persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna

Ilaria Ferrari, psicologa, borsista per il supporto e coordinamento del programma regionale sulla psicopatologia 0-25

Gianpaolo Luppi, Psicologo-Psicoterapeuta, Ausl Piacenza e Collaboratore Regionale Area Salute Mentale

Bibliografia

Bartholomeusz C. (2021), *Evidence to practice: Integrating treatment for young people with co-occurring substance use and mental health issues*. Melbourne: Orygen.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2019). *European Prevention Curriculum: A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9497-416-7; ISSN 1606-1705. DOI: 10.2810/852697

Bambini si nasce adulti si diventa!!!

Gruppo psicopatologia 0-13 anni della Regione Emilia-Romagna

Simona Chiodo, Elisabetta Zucchini

ABSTRACT

Le problematiche di salute mentale in età evolutiva rappresentano oggi una priorità sanitaria e sociale globale. I dati del Global Burden of Disease Study 2019 e successivi aggiornamenti evidenziano come i disturbi mentali costituiscano la principale causa di disabilità non fatale nei giovani tra 5 e 24 anni, con una prevalenza stimata fino al 15% in Europa. Le ricerche più recenti confermano un incremento dei disturbi d'ansia e depressivi, aggravato da fattori ambientali, socio-economici e dalla pandemia da COVID-19. La maggior parte delle patologie psichiatriche insorge prima dei 25 anni, con esordi differenziati per tipologia di disturbo, sottolineando l'urgenza di strategie di prevenzione e di intervento precoce. In tale contesto, la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato il Programma Psicopatologia 0-25, volto a costruire un continuum assistenziale tra infanzia, adolescenza e prima età adulta, articolato in due aree (0-13 e 14-25 anni). Il programma 0-13 anni promuove la diagnosi precoce, la presa in carico multidisciplinare e la collaborazione tra servizi sanitari, scolastici e sociali, introducendo anche la classificazione DC:0-5 e programmi di sostegno alla genitorialità basati su modelli come il Circle of Security. Le evidenze regionali segnalano un aumento dell'utenza nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile, con esordi sempre più precoci e maggiore complessità clinica, anche in situazioni di urgenza. Si sottolinea pertanto la necessità di investire in modo strutturale nei servizi territoriali NPIA, promuovendo la salute mentale fin dai primi anni di vita attraverso interventi integrati di prevenzione, trattamento e supporto familiare. Solo un approccio evolutivo, multidimensionale e intersettoriale potrà garantire una reale tutela della salute mentale in età evolutiva.

Introduzione

Le problematiche di salute mentale in età infantile e adolescenziale rappresentano una sfida crescente per la comunità scientifica e per la società. Secondo il Global Burden of Disease Study 2019, i disturbi mentali tra i 5 e i 24 anni hanno una prevalenza globale dell'11,6% e

costituiscono la principale causa di disabilità non fatale (Kieling et al., 2024). Si tratta dunque di un problema sanitario rilevante, con effetti significativi sulla funzionalità e sulla qualità della vita. È quindi necessario pianificare servizi capaci di rispondere ai bisogni specifici per età, genere e condizione socioculturale, ottimizzando strumenti diagnostici e possibilità di trattamento.

1. Situazione attuale e dati epidemiologici

Negli ultimi decenni si è registrato un aumento dei problemi di salute mentale nei giovani, anche se l'entità del fenomeno varia nei diversi studi (McGorry et al., 2025). Tale incremento può riflettere sia un cambiamento reale sia una maggiore consapevolezza e riduzione dello stigma. Tuttavia, il parallelo aumento di tassi di suicidio, accessi ai servizi e impairment funzionale indica una crescita effettiva dei disturbi psichici. Tra i fattori contribuenti emergono precarietà socioeconomica, emergenza climatica, disuguaglianze, uso dei social media e impatto della pandemia da COVID-19.

Una metanalisi europea stima una prevalenza del 15% di disturbi mentali tra bambini e adolescenti (Sacco et al., 2024). Gli effetti del COVID-19 hanno aggravato la situazione, determinando un aumento dei disturbi d'ansia e depressivi, soprattutto nelle femmine e nelle fasce d'età più avanzate (Liu et al., 2025). Le review internazionali confermano un peggioramento della salute mentale in età evolutiva durante la pandemia, con alcune eccezioni legate, ad esempio, alla riduzione delle interazioni sociali nel disturbo d'ansia sociale (Samji et al., 2022; Newlove-Delgado et al., 2023).

Storicamente, l'attenzione psichiatrica si è concentrata sulle patologie conclamate dell'età adulta, trascurando prevenzione e interventi precoci. È oggi evidente che la maggior parte dei disturbi mentali insorge prima dei 25 anni (Uhlhaas et al., 2023), periodo critico per i cambiamenti biologici e psicosociali. Durante lo sviluppo cerebrale, infatti, esistono "periodi di sensibilità" in cui la plasticità neurale è elevata: i fattori ambientali influenzano profondamente i circuiti nervosi e le capacità di regolazione emotiva. Queste finestre di vulnerabilità offrono tuttavia opportunità di prevenzione e intervento precoce.

Una metanalisi su 192 studi ha stimato che un terzo dei disturbi mentali insorge prima dei 14 anni, la metà prima dei 18 e oltre il 60% prima dei 25 (Solmi et al., 2022). Disturbi d'ansia, fobie e disturbi del neurosviluppo compaiono tipicamente in età infantile; disturbi dell'alimentazione e ossessivo-compulsivi in adolescenza; schizofrenia e disturbi di personalità nella prima età adulta.

Per quanto riguarda la prima infanzia, la ricerca è ancora limitata, nonostante l'impatto a lungo termine di tali disturbi. La classificazione DC:0-5 (Zero to Three, 2016) rappresenta un riferimento fondamentale ma scarsamente

applicato. Le stime di prevalenza nei bambini da 1 a 7 anni variano dal 14 al 26%, con una media del 20% (Vasileva et al., 2021). Questi dati sottolineano la necessità di interventi tempestivi e appropriati, in grado di prevenire la cronicizzazione e le comorbidità.

2. Specificità della psicopatologia in età evolutiva

Negli ultimi decenni numerosi autori hanno fornito contributi significativi allo studio scientifico della psicopatologia dell'età evolutiva, integrando prospettive cliniche, psicologiche e neuroscientifiche. Tra queste è doveroso citare lo sviluppo della teoria dell'attaccamento (Bowlby 1969), la *Infant Research* (Stern 1985, Beebe 2002), lo sviluppo del modello rischio-protezione e diatesi-stress (Rutter 1985), gli studi sul contributo delle esperienze precoci sullo sviluppo cerebrale e sulla maturazione del sistema nervoso (Tronick 2007) e le ricerche sulla regolazione emotiva precoce e sulla sua influenza a lungo termine (Shore 1994).

Un approccio efficace alla salute mentale giovanile deve essere multidimensionale, integrando prevenzione, trattamento precoce e presa in carico riabilitativa, come nel modello dello spettro di interventi di Mrazek e Haggerty (1994). Il paradigma dell'intervento precoce, consolidato per i disturbi psicotici, si è rivelato efficace anche in altre condizioni, tra cui disturbi dell'umore, della personalità e dell'alimentazione. Le evidenze mostrano l'efficacia di interventi cognitivi e comportamentali nei bambini tra 4 e 9 anni, con risultati promettenti anche per altre metodologie (Hudson et al., 2023).

Le complessità e le specificità dei quadri psicopatologici nell'infanzia e nell'adolescenza rendono necessario l'utilizzo di modelli di sviluppo della psicopatologia fortemente improntati secondo una prospettiva evolutiva e non derivati da modelli adultomorfi. Tale prospettiva, oltre ad apparire maggiormente appropriata per la corretta individuazione dei quadri psicopatologici in età infantile, permette anche un grande arricchimento nella comprensione dei quadri psicopatologici dell'età adolescenziale e adulta, partendo proprio dall'individuazione del bambino sofferente che questi ultimi portano con sé.

Una comprensione più profonda dei disturbi infantili, dei fattori di rischio e delle modalità di esordio è cruciale per orientare strategie di prevenzione e trattamento efficaci. I Servizi di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) territoriale, inseriti nella rete socio-sanitaria, hanno il compito di garantire diagnosi, cura e continuità evolutiva, evitando istituzionalizzazioni e favorendo la ripresa del percorso di crescita. Tuttavia, la crescente settorializzazione specialistica ha rischiato di frammentare gli interventi, rendendo invece necessario riportare una visione unitaria e integrata.

Dall'analisi dei dati relativi all'utenza accolta nei Servizi di NPIA territoriale regionali dal 2010 al 2024 risulta una variazione incrementale di 73,7% (da 38061 minori in carico nel 2010 a 66108 nel 2024).

In particolare l'aumento diviso per classi di età nel periodo compreso tra 2011 e 2024 ha mostrato un incremento considerevole specie in alcune fasce d'età: 6-10 anni con aumento da 16.268 nel 2011 a 22.353 (+6085) nel 2024 e 11-13 anni da 7.398 nel 2011 a 12.672 (+5.274), oltre all'aumento ancor più notevole registrato in età adolescenziale e giovane adulta.

I ricoveri in qualsiasi reparto ospedaliero per diagnosi psichiatrica di minorenni sono aumentati dell'80% negli ultimi dieci anni (146% dal 2010).

3. Il programma "Psicopatologia 0-25 anni" della Regione Emilia-Romagna

Per rispondere quindi a queste esigenze, la Regione Emilia-Romagna ha istituito nel 2015-2016 il Programma Psicopatologia 0-25, volto a delineare il continuum tra psicopatologia infantile e dell'adulto. Il programma mira a riconoscere precocemente i quadri psicopatologici o sottosoglia, prevenendo la cronicizzazione e promuovendo la continuità assistenziale. Esso prevede due articolazioni: la fascia 0-13 anni, focalizzata sull'infanzia e preadolescenza, e la fascia 14-25 anni, dedicata all'adolescenza e alla transizione all'età adulta.

3.1. Il gruppo "Psicopatologia 0-13 anni" della Regione Emilia-Romagna

Questo gruppo è composto da neuropsichiatri e psicologi dei Servizi di NPIA territoriale, ha elaborato come primo obiettivo un documento tecnico con raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche, pubblicato nel 2018. Gli obiettivi strategici riportati in tale documento riguardano l'individuazione precoce dei disturbi e la tempestività dell'intervento, una revisione dell'organizzazione e della redistribuzione degli investimenti professionali e materiali a sostegno delle nuove strategie di intervento clinico, e il rafforzamento della collaborazione con scuola, servizi sociali e terzo settore.

Sono stati esclusi dal programma e dalle raccomandazioni elaborate i disturbi dello spettro dell'autismo e quelli secondari a patologie organiche o ritardo mentale, poichè già inclusi in altri percorsi di diagnosi e trattamento e perché era necessario focalizzare maggiormente l'attenzione sugli aspetti di specifico interesse psicopatologico.

I percorsi diagnostici descritti nel documento sono distinti per due fasce: età prescolare (0-5 anni) ed età scolare (6-13 anni), con valutazione multiprofessionale estesa prevista per entrambe le fasce di età (tempo medio necessario per la sua realizzazione: 8-12 ore). L'assessment

include il funzionamento cognitivo, emotivo e sociale, la qualità delle relazioni familiari e i fattori di stress ambientali. Le raccomandazioni terapeutiche realizzate sempre all'interno dei servizi territoriali di NPIA si articolano invece su 3 diverse fasce d'età: 0-3, 4-6 e 7-13 anni.

3.2. Le azioni messe in campo a livello regionale

In un'ottica il più possibile preventiva ed orientata all'individuazione ed all'intervento precoce di quadri disfunzionali in una finestra massima di plasticità cerebrale, come primo intervento da attuare la Regione ha promosso una formazione specifica sull'uso della classificazione internazionale DC:0-5, in collaborazione con l'IRCCS Stella Maris. Sono stati pertanto introdotti percorsi permanenti di aggiornamento per i professionisti delle NPIA territoriali (NPI, psicologi e riabilitatori). Tale intervento, finalizzato ad attivare e diffondere il modello innovativo di approccio alla prima e seconda infanzia, seguendo l'orientamento della CD 0-3, poi CD 0-3R e quindi della CD 0-5, porta infatti ad integrare il contributo degli aspetti psico-neurobiologici del bambino piccolo con quello delle funzioni genitoriali, che ne dirottano/indirizzano/potenziano le traiettorie evolutive, favorendo in molti casi la prevenzione, o l'attenuazione di psicopatologie ad esordio conclamato in età più avanzate. La formazione obbligatoria ha previsto nel primo triennio 2018-2021 12 edizioni sulla CD0-3R, effettuate in diverse sedi regionali, raggiungendo così un totale di 450 operatori delle NPIA. Successivamente nel biennio 2021-2022 sono state effettuate altre 6 edizioni su CD0-3R e successiva DC0-5 per un totale di ulteriori 275 operatori. Infine nel 2023 e 2024 sono state effettuate altre 2 edizioni su DC0-5 con altri 130 operatori partecipanti. È inoltre stato effettuato a Bologna nel 2019 un convegno Regionale dal titolo "Nuove prospettive nella psicopatologia della prima infanzia" con 220 partecipanti dei servizi. Tale percorso formativo è attualmente considerato indispensabile per gli operatori NPIA e pertanto continuerà ad essere effettuato per tutti i nuovi assunti nei servizi.

Al termine di questo primo percorso formativo, la Regione ha richiesto ai Direttori di predisporre in ogni AUSL percorsi specifici dedicati a questa fascia d'età, laddove questi non erano ancora presenti, o comunque adeguandoli alle nuove modalità di assessment ed intervento apprese. L'obiettivo principale quindi era quello di mantenere grande attenzione nei confronti di una fascia di età particolarmente sensibile ed attivare quindi interventi di prevenzione selettiva ed indicata, con eventuale riorganizzazione delle risorse disponibili all'interno dei servizi.

Successivamente, sono stati sviluppati interventi specifici per il riconoscimento precoce del rischio di disagio psichico in età scolare, in stretta collaborazione con le istituzioni

scolastiche e i servizi sociali, con particolare attenzione al ritiro sociale e al disturbo post-traumatico complesso. In particolare, per quanto riguarda i percorsi di presa in carico di ambito sociosanitario in situazioni familiari particolarmente fragili e a rischio per quanto riguarda aspetti di tutela dei minori, sono state effettuate formazioni specifiche con i referenti regionali del servizio di secondo livello in ambito Tutela Minori “Il Faro” dell’AUSL di Bologna. L’obiettivo, anche in questo caso, era sia quello di migliorare le competenze in tale ambito per cercare di identificare precocemente sintomi predittivi di elevato rischio di sviluppare quadri psicopatologici in minori che hanno vissuto in ambienti familiari poco protettivi, sia anche individuare possibili aree di ulteriore integrazione sociosanitaria per la strutturazione di interventi maggiormente efficaci in tali ambiti.

In considerazione di quanto sinora esposto è evidente che un’altra area di intervento nell’ambito delle NPIA del territorio, deve rivolgersi sempre di più al sostegno alla genitorialità. Infatti, in un’ottica biopsicosociale (Engel 1980) che vede sempre più la famiglia come attore fondamentale nel percorso di cura del minore, è essenziale che i Servizi riescano ad attivare percorsi di supporto efficaci e scientificamente validati e riconosciuti. Per questo la diffusione del modello Circle of Security (COS) ha consentito di rafforzare in tal senso gli approcci basati sulla teoria dell’attaccamento. Inoltre, anche l’applicazione del modello pluriassiale di assessment della già citata CD-05 orienta proprio ad interventi mirati e specifici sulle disfunzioni nella relazione genitori-figli nella prima e seconda infanzia.

Dopo la pandemia, i servizi hanno inoltre rilevato un aumento di nuove forme sintomatiche nei preadolescenti – dipendenze comportamentali, autolesionismo, disturbi alimentari – che richiedono un approccio familiare integrato. Nel 2024 la Regione ha attivato per questo ulteriori formazioni specifiche su tali tematiche e sulle dipendenze comportamentali, prevedendo la possibilità di integrare le attività delle NPIA territoriali anche con i servizi per le Dipendenze Patologiche ed i Consultori familiari.

Conclusioni

Il confronto tra le esperienze dei diversi servizi di NPIA territoriale ha evidenziato da un lato l’elevata qualità delle pratiche regionali, dall’altro la necessità di avviare maggiori investimenti sul personale, dato il crescente carico di utenza con situazioni di maggiore complessità rispetto al passato. I dati di attività regionali mostrano infatti un incremento dei casi, un abbassamento dell’età di esordio e un aumento delle urgenze e delle ospedalizzazioni.

La salute mentale in età evolutiva rappresenta pertanto un’emergenza sanitaria e sociale che impone interventi

strutturali nei servizi territoriali di NPIA. Le linee di indirizzo regionali e nazionali (PIA 0-13, LEA, PSSR 2017-19) indicano la necessità di un investimento mirato nella prevenzione e promozione della salute mentale precoce. È prioritario sostenere le famiglie vulnerabili, favorire le competenze emotive e cognitive dei giovani e potenziare il supporto genitoriale attraverso équipe multidisciplinari attive nei contesti di vita dei bambini. Solo un approccio integrato, precoce e continuativo può garantire una reale tutela della salute mentale nell’infanzia e nell’adolescenza.

Co-autore

Elisabetta Zucchini, *Medico Neuropsichiatra infantile.*
Direttrice UOC NPIA/AUSL Imola

Bibliografia

- B. Beebe & F. Lachmann, *Infant Research and Adult Treatment*, 2002.
- Bowlby J., *Attachment and Loss*, 1969-1980.
- Bussières E.L. et al. *Front Psychiatry*, 2021.
- Egger H.L. & Angold A. *J Child Psychol Psychiatry*, 2006.
- Engel George L., *American Journal of Psychiatry*, 1980.
- Kieling C. et al. *JAMA Psychiatry*, 2024.
- Hudson J.L. et al. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2023.
- Liu Y. et al. *Psychological Medicine*, 2025.
- Mrazek P.J. & Haggerty R.J. *Reducing Risks for Mental Disorders*, 1994.
- McGorry P. et al. *Front Psychiatry*, 2025.
- Rutter M., *Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms*, 1985.
- Sacco R. et al. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2024.
- McDonnell M.A. & Glod C. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 2003.
- Newlove-Delgado T. et al. *J Child Psychol Psychiatry*, 2023.
- Regione Emilia-Romagna. Bologna, *Psicopatologia dell’età evolutiva Target 0-13, Raccomandazioni regionali*. Maggio 2018.
- Samji H. et al. *Child Adolesc Ment Health*, 2022.
- Schore A., *Affect Regulation and the Origin of the Self*, 1994.
- Solmi M. et al. *Mol Psychiatry*, 2022.
- Stern, *The Interpersonal World of the Infant*, 1985.
- Theberath M. et al. *SAGE Open Med*, 2022.
- Tronick E., *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*, 2007.
- Uhlhaas P.J. et al. *Mol Psychiatry*, 2023.
- Von Klitzing K. et al. *Dtsch Arztebl Int*, 2015.
- Vasileva M. et al. *J Child Psychol Psychiatry*, 2021.

Nella terra di narciso

Riconoscimento e ascolto strumenti di prevenzione e cura nell'AUSL Ferrara

Rachele Nanni, Silvia Barbaro,
Alberto Urro, Elisa Massimo,
Cristina Sorio

ABSTRACT

Nel lavoro con gli adolescenti, il concetto di cura va inteso in una prospettiva più ampia, che comprende tanto la prevenzione quanto l'intervento clinico-terapeutico. In una società dominata da logiche di prestazione e vergogna, la sofferenza giovanile nasce spesso dalla perdita di riconoscimento e di legami significativi. L'esperienza dei Centri Adolescenti dell'Azienda USL di Ferrara mostra come la rete integrata tra scuola, famiglia e Servizi possa divenire spazio di ascolto, validazione e accompagnamento. La cura si configura così come processo relazionale e comunitario, fondato sul riconoscimento reciproco e sull'ascolto come forme di prevenzione.

Introduzione

La dimensione di continuità trasversale tra i luoghi di prevenzione e clinica nel lavoro con gli adolescenti rappresenta un elemento centrale nei modelli integrati di intervento psicologico, educativo e sanitario. Superare la dicotomia tra prevenzione e cura significa costruire percorsi fluidi e coerenti che accompagnino l'adolescente nei diversi contesti della sua crescita — scuola, famiglia, servizi e territorio. Per continuità trasversale si intende non solo la dimensione temporale del prendersi cura nel tempo, ma anche quella spaziale, cioè la coerenza degli interventi nei diversi luoghi di vita del ragazzo. Poiché l'adolescenza è una fase di rapide transizioni, crisi identitarie e vulnerabilità emotiva e sociale, interventi frammentati o discontinui rischiano di risultare inefficaci o disorientanti. È quindi fondamentale riconoscere precocemente i segnali di disagio nei contesti informali, favorire l'accesso ai servizi, costruire alleanze educative con gli adulti di riferimento e integrare la dimensione preventiva con quella clinico-terapeutica. In questo scenario, i Centri Adolescenti si configurano come spazi privilegiati di integrazione tra prevenzione, clinica di primo livello e rete specialistica. Nati per intercettare precocemente il disagio evolutivo e promuovere il benessere psicologico, si caratterizzano come luoghi accessibili, informali, a bassa soglia e multifunzione. Offrono un primo

Rif.
Rachele Nanni, Psicologa psicoterapeuta,
Direttrice UOC Psicologia clinica e di comunità,
Dipartimento Cure Primaria, AUSL FE
347 1211409
rachele.nanni@ausl.fe.it

contatto non medicalizzato, percorsi formativi rivolti ad adolescenti, genitori e insegnanti, attraverso la Rete di Scuole che Promuovono Salute, nonché interventi psicologici individuali o di gruppo. Quando necessario, fungono da interfaccia con i servizi specialistici di secondo livello (NPIA, SerDP), mantenendo una continuità relazionale e un ruolo di contenimento educativo e affettivo. Il loro valore non risiede solo nelle prestazioni erogate, ma nella posizione strategica che occupano nella rete territoriale, quale modello integrato e snodo tra educazione, prevenzione e cura, nel totale rispetto della soggettività dell'adolescente.

1. Frammenti: costruire legami tra prevenzione e clinica

Scriviamo il presente lavoro come gruppo di operatori sanitari, pensando ad una platea di lettori *accompagnatori di ragazzi*: un pubblico di professionisti della salute, educatori e genitori che si confrontano ogni giorno con i compiti evolutivi sia dell'essere adolescenti che adulti significativi al loro fianco. Parliamo di compiti caratterizzati da pochi elementi universali e molti aspetti specifici, storici e contestuali. Se è vero che per diventare adulti è necessario individualizzarsi e separarsi, per lo meno idealmente, dal nucleo familiare originario, è altrettanto vero che risultano estremamente mutevoli e storicizzate le condizioni entro cui questi movimenti si realizzano. Affrontiamo un'epoca in cui i miti familiari hanno subito un drastico mutamento: è venuta meno una struttura organizzativa di tipo normativo, in cui l'identificazione avveniva per assimilazione o trasgressione, lasciando ora spazio a momenti connotati da identità più frammentate, soggiate a criteri di successo, popolarità, forza e bellezza. Si cresce, forse oggi più che in passato, all'interno di una dinamica relazionale in cui prevale l'esperienza della delusione e della vergogna, più che quella della colpa legata alla trasgressione. Anche la violenza, rivolta verso sé stessi o verso gli altri, non è necessariamente mossa da una rabbia primaria, ma spesso rappresenta una reazione secondaria all'esperienza di invalidazione di sé. All'interno di questo panorama contestuale, la perdita del valore di sé, pur manifestandosi in forma più introversiva, conserva la sua natura relazionale, trovando origine dal venir meno del riconoscimento dell'altro. L'utilizzo di sostanze risponde meno alla trasgressione e più ad esigenze lenitive, consolatorie o performative; l'attacco al corpo rappresenta un tentativo di anestetizzare il dolore del vuoto e dell'inadeguatezza piuttosto che espressione di un'intenzione distruttiva; la violenza nei confronti dell'altro scaturisce dall'incapacità di tollerare la frustrazione ed esorcizzare la propria vulnerabilità più che da un conflitto autentico con la soggettività altrui. Alla luce di questa trasformazione, l'intervento clinico e quello preventivo sono chiamati ad una

duplice ridefinizione: se cambiano le radici che muovono il comportamento, muta inevitabilmente anche il modo e il livello su cui è possibile agire. Non si tratta più di prevenire l'infrazione della norma, ma di intervenire precocemente sui processi di costruzione dell'identità e del valore personale, promuovendo contesti di riconoscimento, validazione e appartenenza.

2. Dall'etica della vergogna agli spazi della cura

La società contemporanea tutta, è transitata gradualmente da un ordine fondato sull'etica della norma e della colpa (peccato, reato, crimine) che condivideva, almeno a parole, una tensione ideale al bene comune ed alla protezione dei soggetti vulnerabili, ad una norma fondata su un'etica della prestanza e della vergogna attraverso la condivisione di ideali di potenza, forza, bellezza. Ed è proprio in questa nuova etica della vergogna che l'adolescente è esposto ad una solitudine più profonda, ad un rischio di disintegrazione identitaria, nonché al progressivo disancoramento dall'empatia. Infatti, mentre la colpa – seppur permeata da una componente punitiva – mantiene una tensione dialogica verso l'altro, la vergogna opera una frattura nel legame con l'altro: allontana dal contesto, separa, isola. Il senso di inadeguatezza che si sperimenta porta a mettere in discussione la validità intrinseca del Sé: la vergogna brucia dall'interno, si accanisce contro il “come siamo”, minandone le fondamenta e distruggendone l'integrità. Ne consegue il sentimento di umiliazione, di mortificazione, di nascondimento ed annullamento. “*Io sono solo e loro sono tutti.*” affermava l'uomo del sottosuolo di Dostoevskij (ed it. 1919) come espressione massima di una distanza incolumabile fra un “io”, manchevole, solo, estraniato, opposto ad un “loro” uniforme, giudicante e compatto. Tali riflessioni trovano riscontro nei processi di presa in carico degli adolescenti. Nella nostra esperienza quotidiana, come operatori educativi e sanitari, osserviamo un numero crescente di forme di disagio “sotto soglia”: giovani che non esplodono nel sintomo, ma che si richiudono silenziosamente, scegliendo di non disturbare, di non essere visti. È una sofferenza discreta, ai margini, dove la fragilità convive con un apparente funzionamento quotidiano. Proprio in queste zone di confine, spesso invisibili ai radar istituzionali, si apre un prezioso spazio di intervento per quei Servizi capaci di muoversi trasversalmente tra prevenzione, educazione e clinica: luoghi in cui è ancora possibile intercettare il bisogno e riattivare il legame prima che la sofferenza si cristallizzi.

I Centri Adolescenti presenti sui tre Distretti dell'Azienda USL di Ferrara si configurano come luoghi di consultazione psicologica non connotati, a libero accesso e ad elevata accessibilità, presso i quali accogliere il disagio dei ragazzi e

Anno 2024	Distretto Centro Nord	DistrettoOvest	Distretto Sud Est	Tot.
Età 14-19	198	65	42	305
Età 20-24	184	41	41	266
>25 (genitori)	59	15	30	104
Tot. utenti	441	121	113	675
Colloquio clinico	2356	570	497	3423
Prestazioni di gruppo	256		120	376
Tot. prestazioni	2612	570	617	3799

Tab. 1 - Utenti e attività dei Centri Adolescenti dell'AUSL di Ferrara

lo spaesamento degli adulti di riferimento. I centri configurano la propria attività nell'ambito intermedio fra la prevenzione, il primo ed il secondo livello dello Stepped Care. Collocati nelle Cure primarie ma in stretta integrazione con le funzioni di prevenzione proprie della Sanità Pubblica (Scuole che promuovono Salute) e di trattamento specialistico del Dipartimento Salute Mentale. Svolgono attività di educazione all'affettività e alla sessualità, prevenzione del disagio emotivo e relazionale, consultazione e trattamento rivolto ai ragazzi, nella fascia di età 14-24 anni ed ai loro genitori. Il Servizio realizza anche percorsi trattamentali di breve o media intensità orientati alle condizioni psicopatologiche di entità lieve-moderata, che mantengono ancora un sufficiente funzionamento complessivo. Le consultazioni effettuate nell'anno 2024 evidenziano una crescente domanda dai territori di riferimento (Tab. 1).

I temi prevalenti della richiesta psicologica hanno riguardato problematiche di tipo relazionale nell'ambito intrafamiliare, scolastico, nel gruppo dei pari, con particolare riferimento alla sfera delle relazioni intime e affettive; fattori fase specifici (cambiamenti psicocorporei, svincolo dalle figure di riferimento, identità di genere). In particolare nella fascia di età adolescenziale (14-19) sono state portate richieste riferite all'ansia scolastica e sociale, ovvero al senso di inadeguatezza, il timore del giudizio, e la vergogna, con tendenza a soluzioni di evitamento ed isolamento sociale; nei giovani adulti (20-24) la perdita della progettualità di vita e della futurazione.

Le diagnosi cliniche maggiormente rilevate si configurano come: disturbi dell'adattamento; disturbi affettivi e dell'umore (episodi depressivi, distimia); disturbi fobici con meccanismi di evitamento esperienziale o tentativi di controllo ossessivo; esordio di disturbi della nutrizione sotto soglia; tratti che configurano possibili disturbi di personalità borderline, evitanti, dipendenti.

Le traiettorie di Tania e Diego si collocano all'interno di questo scenario, mostrando come la perdita di

riconoscimento e la fatica del legame possano tradursi in percorsi di ritiro, difesa o anestesia emotiva.

• Tania, 16 anni, studentessa di liceo linguistico, arriva allo Spazio Giovani per un quadro di ritiro scolastico e sociale accompagnato da sintomi psicosomatici e disinvestimento relazionale. Raccogliendo la sua storia, emergono episodi di bullismo e umiliazioni scolastiche, che hanno contribuito alla costruzione di un Sé fragile e svalutato. Il ritiro si configura come difesa da un ambiente percepito come giudicante, mentre l'uso massiccio di mondi virtuali risponde al bisogno di costruire un Sé idealizzato e più accettabile. Il lavoro clinico, sostenuto da un approccio integrato, ha mirato alla ricostruzione narrativa dell'identità, al miglioramento delle competenze genitoriali e alla riattivazione di legami significativi attraverso la rete scolastica e familiare.

• Diego, 17 anni, studente del liceo artistico, si presenta in seguito a una crisi depressiva conseguente alla rottura della sua prima relazione sentimentale. Alterna momenti di ritiro e uso eccessivo di videogiochi e cannabis, nel tentativo di anestetizzare il dolore. L'esperienza viene vissuta come conferma di un Sé non desiderabile, amplificando sentimenti di esclusione e inadeguatezza, portando alla luce il bisogno sottostante di essere visto e riconosciuto, in un contesto familiare povero di linguaggio emotivo. L'intervento ha favorito la consapevolezza e l'accettazione della vulnerabilità, valorizzando le risorse personali e gli interessi artistici come canale espressivo e relazionale.

Nelle storie di Tania e Diego, la cura si è articolata come un processo di riconoscimento reciproco: un movimento dall'ideale alla responsabilità, dall'immagine perfetta all'accettazione del limite, in cui l'altro torna ad essere presenza significativa e non specchio persecutorio e deformante. In quest'ottica, la dimensione clinica non può che aprirsi e integrarsi con quella preventiva, educativa, sociale ed emancipatoria. Il lavoro costante dei Centri Adolescenti, infatti, ci restituisce l'immagine di una generazione in difficoltà a riconoscersi nel modello adulto di riferimento. Di fronte a questi ragazzi invisibili, sospesi tra

Titolo progetto e descrizione	Dati
<p>“WHO ARE YOU?”</p> <p>Progetto di prevenzione e sensibilizzazione per studenti della scuola secondaria di primo grado (11-13 anni). Attraverso incontri interattivi ed esperienziali, vengono affrontati i temi dell'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive. Il percorso include materiali audio video, attivazioni pratiche e un focus sullo sviluppo del pensiero critico, sulla riduzione dello stigma e sulla conoscenza dei servizi territoriali. Per le classi seconde si affronteranno principalmente alcol e tabacco; per le terze, su richiesta, si approfondirà anche la cannabis.</p>	<p>1033 studenti</p> <p>48 classi</p> <p>10 istituti</p>
<p>“APERINCONTRO”</p> <p>Intervento rivolto a genitori e docenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, finalizzato a fornire informazioni sui rischi legati all'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive negli adolescenti. L'incontro, della durata di 2 ore, include materiali audio video, attivazioni pratiche e spazi di confronto su segnali di allarme, comunicazione genitori figli, ascolto attivo e ruolo degli adulti nella prevenzione.</p>	<p>65 adulti di riferimento (di cui 45 nelle scuole secondarie di primo grado e 20 nelle scuole secondarie di secondo grado)</p> <p>4 istituti</p>
<p>“IL PIACERE DEL RISCHIO - PROGETTO INTEGRATO”</p> <p>Percorso interattivo rivolto alle classi seconde della scuola secondaria di secondo grado, realizzato in collaborazione tra Spazio Giovani e Unità di Strada del SerDP, con l'obiettivo di stimolare nei ragazzi una riflessione consapevole sui temi del piacere e del rischio, in relazione ai rispettivi ambiti di intervento. Il progetto affronta il concetto di rischio in adolescenza, il funzionamento neurofisiologico e il ruolo del circuito dopaminergico, le sostanze psicoattive e i loro effetti, le relazioni affettive e la sessualità, il consenso, i comportamenti a rischio, la contraccezione, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e della violenza di genere. Il tutto attraverso modalità interattive, dinamiche e attivazioni pratiche.</p>	<p>892 studenti</p> <p>52 classi</p> <p>6 istituti</p>
<p>“IL PIACERE DEL RISCHIO - PEER EDUCATION”</p> <p>Percorso interattivo affrontato attraverso la metodologia della peer education, rivolto agli studenti delle scuole secondarie di II grado, realizzato in collaborazione tra Spazio Giovani e Unità di Strada del SerDP. L'intervento mira a promuovere consapevolezza sui temi del piacere e del rischio, facilitando il confronto tra pari e valorizzando il ruolo degli studenti facilitatori. Il progetto affronta il rischio in adolescenza, il funzionamento neurofisiologico e il circuito dopaminergico, l'uso di sostanze psicoattive e i loro effetti, oltre a relazioni affettive e sessualità, consenso, comportamenti a rischio, contraccezione, prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili e della violenza di genere. Le attività si svolgono attraverso metodologie partecipative ed esperienziali, con laboratori che stimolano la responsabilizzazione dei ragazzi e la loro partecipazione attiva. Saranno poi gli studenti formati come peer educators a portare l'intervento all'interno delle classi seconde, con il supporto degli operatori dei due Servizi.</p>	<p>11 peer formati come peer educators</p> <p>251 studenti</p> <p>13 classi</p> <p>1 istituto</p>
<p>“W L'AMORE”</p> <p>Incontri di educazione affettiva e sessuale rivolta a ragazzi ed ai docenti delle classi secondarie di primo grado (11-13 anni). Gli incontri vengono sviluppati in modo prevalente dagli insegnanti, attraverso la condivisione di storie di vita, giochi interattivi, brevi inserti informativi, orientati a promuovere nei ragazzi consapevolezza emotiva, relazionale e sessuale. I professionisti degli Spazi Giovani psicologi e ostetriche svolgono incontri formativi e capacitanti rivolti agli insegnanti come adulti di riferimento.</p>	<p>505 studenti</p> <p>24 classi</p> <p>50 insegnanti coinvolti</p>
<p>“TUTTO CAMBIA”</p> <p>Incontri di formazione sull'educazione affettiva rivolti agli insegnanti delle scuole primarie (9-10 anni). La formazione intende accrescere le competenze di adulti significativi nell'affrontare con i ragazzi tematiche relative al corpo che cambia durante la pubertà, alla dimensione emotiva, relazionale e di educazione alla salute ed al rispetto che comporta.</p>	<p>8 insegnanti formati</p> <p>25 genitori</p>
<p>“PENSAVO FOSSE AMORE”</p> <p>Incontri condotti in collaborazione con i professionisti di Liberiamoci dalla violenza (LDV) orientati alla prevenzione della violenza nelle relazioni di intimità rivolte ai ragazzi delle scuole secondarie di secondo grado (14-18). Gli incontri si avvalgono di modalità interattive anche sotto forma di gioco e di Drive Quiz orientati ad una migliore conoscenza di cosa sia violenza e del rispetto di se e dell'altro nelle relazioni affettive.</p>	<p>525 studenti</p> <p>25 classi</p>

Tab. 2 - Progetti innovativi di prevenzione attivati nelle scuole.

partecipazione e ritiro, tra l'essere e il dover essere, diventa compito in primis dell'adulto riattribuire valore alla dimensione relazionale – anche quando imperfetta – come luogo possibile di progettualità, investimento, futuro. *“L'inganno, figlio mio è che ci hanno convinti che voi veniate al mondo per piacerci. Per essere ciò che speriamo, per validare con i vostri successi la nostra qualità di genitori. Crescere è invece una lotta che prevede una ferita, una spaccatura che non si rimarginerà, la generazione necessaria di una distanza”* (Bussola 2024).

I professionisti dei Centri Adolescenti collaborano stabilmente con la Sanità Pubblica, i Servizi per le Dipendenze Patologiche, i Centri per le Famiglie e i progetti territoriali come *Scuole che Promuovono Salute* e il *Tavolo Provinciale Adolescenza* (Tab.2). In sinergia con queste realtà vengono sviluppati progetti integrati di prevenzione e promozione del benessere, centrati sull'educazione socioaffettiva e sessuale, sulla prevenzione della violenza di genere e dell'uso di sostanze. Particolare attenzione è rivolta al potenziamento delle competenze trasversali – consapevolezza e regolazione emotiva, gestione del conflitto, tolleranza della frustrazione, accettazione del limite e comunicazione assertiva – e alla promozione di approcci partecipativi, come la *peer education*, che riconoscono agli adolescenti un ruolo attivo nei processi educativi. In questa prospettiva, la prevenzione si configura come un'azione educativa e relazionale che mira a rafforzare il senso di sé e le competenze emotive, più che come un dispositivo di controllo o correzione del comportamento. Il lavoro educativo con e nelle scuole si conferma strategico non solo per intercettare precocemente il disagio, ma anche per costruire spazi di confronto tra adulti significativi (genitori, operatori ed insegnanti) e adolescenti, favorendo un dialogo capace di restituire senso, responsabilità e continuità al legame educativo.

3. Ritiro sociale e adultità in crisi: un'analisi del disagio educativo contemporaneo

Comprendere le trasformazioni che attraversano il mondo contemporaneo degli adolescenti, significa oggi ripensare non solo alle strategie di intervento, ma ancor prima al ruolo degli adulti e delle istituzioni educative, ridefinendo limiti e possibilità. Anche gli adulti, nei loro modi di educare e di prendersi cura, mostrano infatti le stesse incertezze, gli stessi smarrimenti. I dispositivi pensati dagli adulti di oggi ci pongono così davanti a interrogativi urgenti e profondi. Tra questi spiccano i fenomeni di ritiro sociale, spesso semplificati e generalizzati sotto un'unica etichetta che fatica a contenere la complessità e la varietà dei vissuti giovanili. Il ritiro non è semplicemente isolamento: è una forma di risposta selettiva a un mondo percepito come privo di senso, invadente o irrilevante. Questa forma di evitamento, che

rischia di essere patologizzata o letta solo come anomalia, è forse invece un sintomo strutturale di una società in trasformazione. Siamo davanti alla punta di un iceberg che nasconde una dinamica molto più ampia: la perdita di riferimento nel ruolo adulto e, con esso, della funzione educativa tradizionale.

Crediamo sia riduttivo parlare genericamente di “fragilità” adulta come si trattasse di un fattore di immaturità individuale e non di una profonda mutazione sociologica entro la quale siamo tutti immersi, adulti e ragazzi, educatori, professionisti e genitori. Non si tratta di un processo riducibile alla dimensione intrapsichica poiché consegue il venir meno di paradigmi etici universalistici (crisi delle istituzioni, della scienza, degli organismi internazionali, delle ideologie...) in favore di etiche “al consumo”; di una società dell'opinione su quella della conoscenza e dell'approfondimento. Quale percorso possibile quindi per noi adulti e per i ragazzi che accompagniamo a crescere? Educare noi adulti, in primis, alla delusione dell'ideale, all'etica della responsabilità e dell'imperfezione. Preparare noi stessi, i nostri figli, i nostri allievi, i nostri utenti all'esperienza della frustrazione, dell'insuccesso e del limite come parte costruttiva che restituisce valore all'impegno del vivere. Capacità di relazione educativa autentica è capacità di riconoscere l'altro nella propria individualità, differenza, separatezza; di assaporare e reggere anche attraverso la frustrazione il valore della relazione reale.

Conclusioni: il tempo della domanda e dell'incontro

Un aspetto ancora poco indagato, ma oggi cruciale, riguarda il nostro rapporto con il tempo. Viviamo in un tempo in cui la normalità è scandita dal fare continuo, dalla produttività, dalla corsa senza sosta. In questo scenario, fermarsi, riflettere o semplicemente so-stare nell'essere appare come un'anomalia. Eppure, forse è proprio questa iperattività a generare parte del disagio contemporaneo: un tempo accelerato e privo di profondità che porta i giovani – e con loro gli adulti – a non trovare spazi per sperimentare la frustrazione, l'attesa, il fallimento. Esperienze necessarie per costruire identità, pensiero e capacità di relazione. In questo contesto anche il mondo adulto appare in crisi. Spesso interroga i giovani sulle loro mancanze, dall'apatia alla presunta fragilità, ma raramente si chiede cosa significhi oggi essere adulti. Eppure, ogni percorso educativo o terapeutico inizia da qui: dalla capacità dell'adulto di interrogarsi prima di interrogare, di riconoscere la propria vulnerabilità prima di chiedere autenticità all'altro. Non bastano nuove tecnologie o metodiche aggiornate; serve un nuovo patto generazionale, fondato su ruoli più flessibili, tempi più umani e relazioni capaci di reciprocità. Solo un adulto che si concede il tempo di porsi domande – sul proprio modo di

esserci, di ascoltare, di accogliere — può restituire alle nuove generazioni la possibilità di ri-pensarsi e di raccontarsi. È da questa postura che il *domandare* torna ad assumere la forma di un atto di cura. Domandare non per ottenere una risposta, ma come gesto di apertura, che crea spazio, che permette all'altro di dare esistenza e valore alla propria parola. È un atto che contiene in sé vulnerabilità e fiducia, e che restituisce profondità alla relazione clinica, preventiva ed educativa. Azioni mirate alla costruzione di spazi di pensiero condiviso; luoghi in cui la domanda non serve a giudicare ma ad accogliere, non a chiudere ma ad aprire. In questo senso, domandare a sé e all'altro è già prendersi cura: un modo per restituire al tempo, alle relazioni e alla crescita quella profondità che la nostra società, nella sua corsa affannata, sembra aver smarrito.

Co-autori

Silvia Barbaro, *Responsabile UOS Centro Adolescenti UOC Psicologia clinica e di comunità, Dipartimento Cure Primaria, AUSL FE*

Alberto Urro, *Educatore professionale, Programma Scuole che promuovono salute, AUSL FE*

Elisa Massimo, *Psicologa, Unità di Strada UOC SerDP, Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche, AUSL FE*

Cristina Sorio, *Sociologa, Responsabile UOS Prevenzione, Sistemi informativi, Qualità, Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche, AUSL FE*

Bibliografia

- Benedict R. 1946, *Il Crisantemo e la spada*. Tr. Italiana Ed. Laterza.
 Bussola M. 2024, *La neve in fondo al mare*, Ed. Einaudi.
 Lancini M. 2023, *Sii te stesso a modo mio*, Raffaello Cortina Editore.
 Lancini M. 2025, *Chiamami adulto*, Raffaello Cortina Editore.
 Lancini M. 2019, *Il ritiro sociale negli adolescenti*, Ed. Raffaello Cortina.
 Pietropolli Charmet G. 2024, *Adolescenti misteriosi*, Mimesis Edizioni.
 Krizan Z., et al, 2014, *Narcissistic Rage Revisited*, Journal of Personality and Social Psychology.
 Regione Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo su ritiro sociale Regione Emilia-Romagna*, giugno 2022.
 Regione Emilia-Romagna, *Linee di indirizzo per gli interventi di Prevenzione selettiva e indicata nei contesti scolastici*, dicembre 2024.
 Tangney J.P., Mashek D., Stuewig J., 2005, *Shame, guilt and embarrassment: will the real emotion please stand up?*, Psychological Inquiry, Vol. 16.

DesTEENi Digitali

Traiettorie di prevenzione onlife nel ciclo di vita a Rimini

Giorgia Bondi, Elena Lucarella,
Valentina Moscatiello, Antonella Antonelli,
Gina Ancora

ABSTRACT

L'ambiente digitale si affianca oggi ai contesti tradizionali di sviluppo familiare, scolastico, sociale e naturale sollevando interrogativi su come riorientare strategie di informazione, prevenzione e interventi educativi lungo il ciclo di vita. Le tecnologie, da semplici strumenti, sono divenute vere e proprie dimensioni esperienziali entro cui bambini e adolescenti crescono, apprendono e socializzano.

I contesti educativi e i servizi di cura sono chiamati a ridefinire le proprie pratiche, superando modelli rigidi o obsoleti e riconoscendo la dimensione digitale come spazio di crescita, valorizzandone gli aspetti evolutivi e preventivi. Promuovere il benessere digitale significa costruire un equilibrio tra età, tempo, modalità di esposizione e qualità dei contenuti, a tutela dello sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale delle giovani generazioni.

Nella cornice del Piano Regionale della Prevenzione 2021–2025 della Regione Emilia-Romagna, l'elaborato illustra l'impegno congiunto dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, Salute Donna, Infanzia e Adolescenza e del Servizio Dipendenze Patologiche dell'AUSL della Romagna – ambito di Rimini, volto a promuovere un uso equilibrato e consapevole delle tecnologie digitali in prima infanzia e adolescenza attraverso il coinvolgimento delle famiglie, dei sistemi educativi, dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS).

Introduzione

Negli ultimi due decenni, l'evoluzione delle tecnologie digitali ha trasformato in profondità le abitudini relazionali, cognitive e sociali, producendo quella che il filosofo Floridi definisce la quarta rivoluzione esistenziale dell'uomo contemporaneo. Egli descrive questa nuova condizione attraverso il concetto di *Onlife*, una dimensione in cui reale e virtuale si intrecciano costantemente, ridefinendo il nostro modo di vivere, pensare e relazionarci (Floridi, 2015). Sebbene oggi si parli di nativi digitali per sottolineare la precoce familiarità dei bambini con le tecnologie, è opportuno ricordare che le competenze digitali non sono innate, ma devono essere acquisite attraverso una

Rif.
Giorgia Bondi, Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta, U.O. SerDP
Centro Alcol e Fumo Rimini, AUSL della Romagna
0541 653133
giorgia.bondi@auslromagna.it

mediazione adulta consapevole (Prensky, 2013). L'esposizione precoce agli schermi, spesso utilizzata dalle famiglie come strumento di regolazione emotiva già nel primo anno di vita, comporta tuttavia rischi significativi. Numerose ricerche evidenziano come, nella fascia 0–2 anni, l'uso incongruo dei dispositivi e la fruizione di contenuti inappropriati possano compromettere sonno, sviluppo cognitivo e linguistico, abilità sociali e abitudini alimentari, con ricadute negative sul benessere emotivo e un possibile aumento del rischio di dipendenza. Queste evidenze sollecitano una riflessione sull'importanza di promuovere buone genitorialità digitali, intese come l'insieme di pratiche e responsabilità degli adulti nella gestione dell'ambiente digitale, includendo supervisione, trasmissione di competenze e prevenzione dei rischi (Livingstone Ross, 2022). Anche l'adolescenza risente profondamente dell'evoluzione tecnologica: smartphone, social network, piattaforme di streaming e gaming online sono oggi spazi di costruzione identitaria, espressione emotiva e socializzazione. Tuttavia, un uso eccessivo o disfunzionale può favorire forme di disagio psicosociale fino a veri e propri quadri clinici, tra cui il Gaming Disorder (ICD-11). In Italia, sebbene manchino dati epidemiologici nazionali sistematizzati, diversi studi regionali e osservatori locali segnalano un aumento dei comportamenti problematici legati al gaming, in particolare dopo la pandemia da COVID-19. In questo contesto si colloca anche il gioco d'azzardo online, che condivide con videogiochi e social network specifici meccanismi psicologici e neurocomportamentali, quali il rinforzo intermittente, la gratificazione immediata, l'illusione di controllo e il design persuasivo, favorendo condotte ripetitive, craving e progressiva perdita di controllo (King, Delfabbro & Griffiths, 2010; Griffiths, 2012; Gainsbury et al., 2015). La crescente accessibilità tramite dispositivi digitali personali, notifiche continue, microtransazioni e sistemi di pagamento rapidi e dematerializzati amplia significativamente la fruibilità del gioco d'azzardo patologico, abbassando le soglie di accesso anche in età giovanile (Derevensky & Gainsbury, 2016; Hing et al., 2017). L'esposizione precoce a tali dinamiche rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di comportamenti di gioco problematico, collocando il gambling online nel più ampio quadro delle dipendenze comportamentali digitali (Blaszczynski & Nower, 2002; APA, 2013; WHO, 2019). La Società Italiana di Pediatria (SIP) segnala, inoltre, come iperconnessione e sovraesposizione a contenuti digitali siano associate a disattenzione, isolamento sociale, disturbi del sonno, sintomi depressivi e ritardi nello sviluppo socio-relazionale. A livello europeo, la prevalenza del Gaming Disorder tra i 12 e i 18 anni è stimata tra l'1% e il 9%, con valori più elevati nei maschi e nei soggetti con vulnerabilità psicologiche (ADHD, disturbi dell'umore, tratti autistici).

Anche nei contesti scolastici e nei Servizi per le Dipendenze Patologiche italiani emergono richieste crescenti di supporto per problematiche legate al gaming, spesso non ancora clinicamente strutturate, ma già impattanti sulla qualità della vita. A fronte di tali rischi, la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) ha promosso vademecum informativi per le famiglie sull'uso consapevole dei dispositivi. Parallelamente, i servizi territoriali di Sanità Pubblica, Salute Donna, Infanzia, Adolescenza e Dipendenze Patologiche hanno iniziato a sviluppare interventi di prevenzione e sensibilizzazione per rafforzare le competenze genitoriali, riconoscendo nella salute digitale una componente essenziale del benessere complessivo. Nel territorio riminese, sono stati avviati due progetti di promozione della salute e prevenzione in continuità tra loro: *Educare al Digitale*, rivolto alle famiglie con bambini 0–6 anni e promosso in collaborazione con i PLS, e *Rel-Azioni Digitali*, destinato alle famiglie di preadolescenti e adolescenti, con l'obiettivo di favorire l'intercettazione precoce dei rischi e il raccordo con i servizi specialistici di cura.

1. Descrizione degli interventi di prevenzione e metodologia

1.1. Il Progetto Educare al Digitale

Il progetto *Educare al Digitale* nasce all'interno del Dipartimento Salute Donna, Infanzia e Adolescenza di Rimini – AUSL della Romagna, in collaborazione con i PLS dell'ambito aziendale. Si inserisce nel quadro della Legge Regionale Emilia-Romagna n. 19/2018 e del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021–2025, con particolare riferimento agli interventi PL11 (*Primi 1000 giorni di vita*), PL20 (*Sani stili di vita*) e PP04 (*Prevenzione e Dipendenze*). La prima azione progettuale innovativa ha riguardato l'integrazione, a partire dall'anno 2023, nella pratica clinica dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) della provincia di Rimini, del software *Bilancio di Salute Digitale* (BSD), uno strumento di screening che raccoglie dati standardizzati sul rapporto tra bambini e tecnologie, esplorando specifiche aree tematiche (*comprensione della realtà e dell'identità virtuale; cyberbullismo; adescamento online; sexting; dipendenza da internet; ritiro sociale e fenomeno Hikikomori; utilizzo di smartphone, tablet e computer; social network e app; videogiochi; youtuber e streamer; serie animate e anime; fumetti e manga; serie TV; musica; equilibrio tra attività digitali, sportive e sedentarie; influenza del contesto familiare e presenza di modelli digitali a rischio*) e fornendo una fotografia aggiornata dello stato di salute digitale nelle diverse fasce d'età che consente l'individuazione precoce di eventuali fattori di rischio. L'approfondimento clinico con il pediatra, supportato dal BSD, è finalizzato alla valutazione delle principali dimensioni dello sviluppo digitale del minore attraverso la somministrazione di un questionario durante

le periodiche visite di controllo: l'utilizzo dello strumento è stato prioritariamente rivolto ai nuclei con bimbi entro i primi 1000 giorni di vita e successivamente esteso, per una fotografia più longitudinale, anche alle famiglie con bimbi di più di 2 anni di età. La generazione di un link consente la compilazione online del questionario da parte delle famiglie e, dai 7 anni, anche dei minori. I risultati, elaborati in tempo reale, vengono condivisi con la famiglia che ha modo di riflettere, attraverso apposite schede tematiche elaborate dal software, sugli elementi di criticità emersi nel rapporto con le tecnologie ed eventualmente orienta il pediatra all'invio del nucleo a servizi psicologici specialistici. Il BSD si configura, quindi, come uno strumento teorico-pratico in evoluzione, concepito come framework dinamico per la promozione della salute digitale in ambito pediatrico, attraverso il sostegno alla genitorialità, inteso come rafforzamento delle competenze educative nella gestione dell'impatto tecnologico familiare. Parallelamente all'utilizzo del software, sono state sviluppate due principali linee di intervento operative a sostegno della salute psico-comportamentale di bambini e famiglie:

1. Sportello psicologico gratuito, tenuto da una psicologa-psicoterapeuta esperta, attivo due giorni a settimana presso l'Ospedale "Infermi" di Rimini (dicembre 2023 - giugno 2024), accessibile su richiesta spontanea da parte dei genitori di bambini 0-6 anni o su invio dei PLS.
2. "Conversazioni educative sul benessere digitale", un ciclo di incontri realizzato nei nidi e nelle scuole dell'infanzia, in collaborazione con i servizi educativi e i Centri per le Famiglie. L'obiettivo è intercettare i genitori nei contesti educativi quotidiani, promuovendo momenti di sensibilizzazione e psicoeducazione che combinano informazione, confronto e strategie pratiche per prevenire un uso inadeguato dei dispositivi (limitazione dello *screen time*, definizione di regole condivise durante i pasti, il sonno e la socializzazione, ed evitamento dell'impiego dei devices come strumenti calmanti o di ricompensa).

1.2. Il Progetto Rel-Azioni Digitali

Rel-Azioni Digitali rappresenta un'innovazione territoriale nel campo della prevenzione delle dipendenze digitali in adolescenza, fondata su un modello integrato di prossimità, accessibilità e collaborazione interprofessionale.

A partire dal 2021, l'equipe Prevenzione del SerDP ha implementato la sperimentazione delle Case Ludiche, spazi protetti di informazione, prevenzione e intercettazione precoce collocati in contesti extra-sanitari. Tali setting, attivi nei territori di Rimini e Riccione, configurano spazi sicuri, neutri, ove poter giocare, videogiocare, riflettere, in cui reale e virtuale si intersecano per promuovere nuove modalità relazionali e partecipative. Nel giugno 2024, in continuità con

tale paradigma, sono stati attivati gli sportelli di ascolto e counseling psicologico sul digitale presso le Case Ludiche: A Social-Space (Riccione) e A-GoodGame Space (Rimini). Gli sportelli offrono interventi di informazione e consulenza rivolti ad adolescenti e figure adulte di riferimento (genitori, docenti, educatori), con la duplice finalità di prevenire l'uso disfunzionale delle tecnologie e di valorizzarne le potenzialità evolutive e relazionali. Tuttora operativi per tre ore settimanali e condotti da una psicologa-psicoterapeuta esperta in dipendenze patologiche, gli sportelli prevedono:

- colloqui individuali e familiari, su appuntamento o su invio da MMG e PLS;

- valutazione degli adolescenti condotta mediante l'*Adolescent Behavior Questionnaire* (ABQ), strumento self-report utilizzato all'interno di una valutazione multimodale, interpretando i comportamenti in relazione al contesto relazionale e di sviluppo dell'adolescente;

- interventi di counselling breve e psicoeducazione sull'uso regolato dei dispositivi osservazioni comportamentali in ambiente digitale mediante console e device in un setting non stigmatizzante.

L'accesso avviene tramite segnalazione diretta o su invio dei professionisti del territorio; gli esiti della consultazione vengono restituiti in forma scritta al servizio o al medico inviante, con eventuali indicazioni di *follow-up* o presa in carico specialistica.

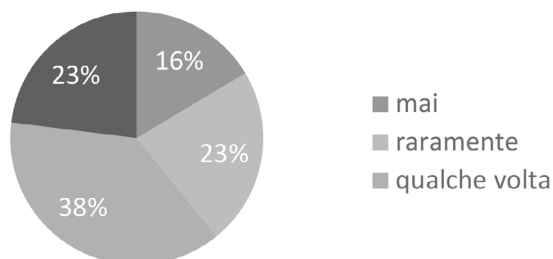
Il progetto persegue una duplice finalità: favorire l'intercettazione precoce dei comportamenti a rischio e promuovere competenze di autoregolazione e consapevolezza critica nei giovani e nei loro contesti di riferimento. Inoltre, *Rel-Azioni Digitali* consolida la rete interistituzionale tra servizi sanitari, scolastici e familiari, contribuendo alla costruzione di un modello territoriale di promozione della salute digitale.

2. Implementazione dei progetti e valutazione dell'impatto sui target

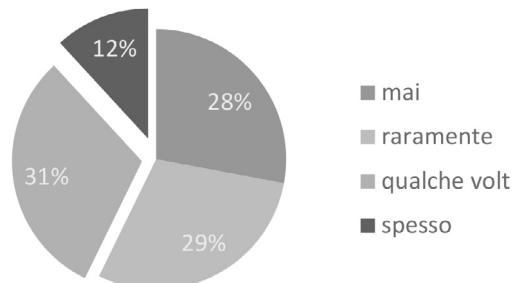
2.1. Il Progetto Educare al Digitale

Nel biennio 2023-2025, 10 PLS del territorio (28,6% del totale dei PLS formati) hanno integrato routinariamente lo strumento di screening precoce BSD nella pratica clinica. Sono stati effettuati 304 Bilanci di Salute Digitale su 235 lattanti di età inferiore ai 2 anni (età media: 1 anno). Nei grafici di seguito (1-2) sono riportati i principali comportamenti a rischio rilevati in questa fascia di età, tra cui emerge in particolare l'eccessiva e precoce esposizione a contenuti video, associata in letteratura a ritardi nello sviluppo del linguaggio, delle capacità cognitive ed esecutive, nonché a disturbi dell'attenzione e del sonno (Acta Pediatr. 2008, APA 2016).

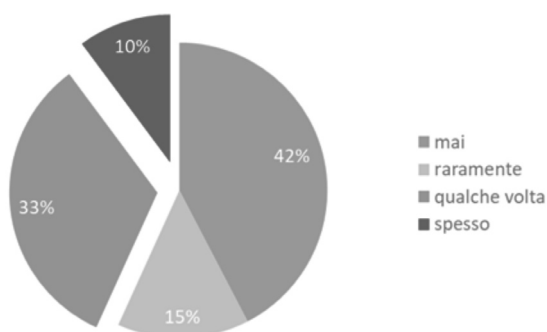
Graf. 1. Pensando all'ultimo mese, durante le interazioni con il bambino/a o in sua presenza, con quale frequenza ha utilizzato lo smartphon?



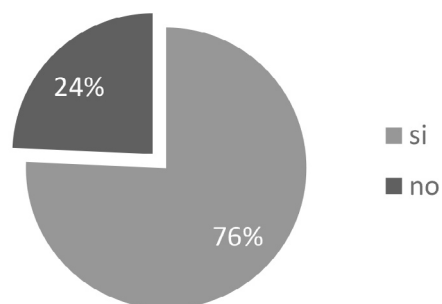
Graf. 2. Nell'ultimo mese ha pubblicato o condiviso foto o video di suo figlio/a sui social network o su applicazioni di messaggistica?



Graf. 3. Permette a suo figlio/a di guardare YouTube o contenuti digitali su smartphone, tablet e/o Pc?



Graf. 4. Prima di pubblicare ci penso sempre perchè quello che posto dice chi sono.



Graf. 1-4 - Esiti scoring Bilancio di salute digitale-comportamenti a rischio rilevati su tot. 304 screening. Arco temporale: anno 2023-2025.

Il terzo grafico mostra che la condivisione di foto o video dei figli sui social network o sulle applicazioni di messaggistica risulta una pratica relativamente diffusa: il 31% dei genitori dichiara di farlo qualche volta e il 12% spesso, mentre il 29% lo fa raramente e il 28% dichiara di non farlo mai. Nel complesso, oltre quattro genitori su dieci riferiscono una condivisione almeno occasionale di contenuti riguardanti i figli, evidenziando come lo *sharenting* rappresenti un comportamento socialmente rilevante, seppur eterogeneo per frequenza (Blum-Ross & Livingstone, 2017; Brosch, 2016). L'ultimo grafico sembrerebbe evidenziare un'elevata consapevolezza riflessiva rispetto all'uso dei social media, il 76% degli intervistati afferma di pensare sempre alle implicazioni identitarie dei contenuti pubblicati, contro il 24% che dichiara di non farlo. Nonostante un'elevata consapevolezza dichiarata delle implicazioni identitarie della condivisione, *impression management*, emerge una discrepanza tra atteggiamenti dichiarati e comportamenti, già documentata nella letteratura (Goffman, 1959; boyd, 2014; Steinberg, 2017); pur in presenza di un'elevata riflessività, una quota significativa di genitori continua a condividere contenuti sui figli, sollevando interrogativi sul ruolo dei fattori sociali, normativi e relazionali che influenzano le

pratiche di condivisione digitale (Bronfenbrenner, 1979; Livingstone et al., 2018).

Le azioni di promozione della salute digitale in capo al progetto si configurano come interventi preventivi e psicoeducativi a bassa soglia, orientati alla promozione del benessere digitale e al rafforzamento delle competenze genitoriali, hanno coinvolto 95 genitori, prevalentemente intercettati durante incontri scolastici, 1 nucleo è stato intercettato presso lo sportello di ascolto psicologico, 1 situazione è stata reindirizzata al progetto Rel-Azioni Digitali, non ci sono stati invii diretti da parte dei PLS (Tab.1). Gli esiti sono stati rilevati tramite questionari di gradimento, dai quali sono emerse indicazioni preliminari sull'efficacia dell'intervento psicoeducativo ed elementi utili per implementazioni successive. Dal questionario di gradimento (Tab. 2), somministrato al termine dell'iniziativa di gruppo, risultano come temi maggiormente rilevanti: le sane abitudini digitali (riduzione dell'uso dei dispositivi durante pasti, sonno e momenti sociali – 39,3%) e le indicazioni d'uso (evitare i devices come strumenti di ricompensa, punizione, intrattenimento o pacificazione – 39,3%), seguiti da regole per lo screen time (17,9%) e App di Parental Control (3,5%). Le adesioni agli incontri di gruppo hanno riguardato

	Invii da PLS allo sportello	Accessi liberi scolastico	Gruppi nel contesto ad altro servizio	Contatti reindirizzati	Genitori Totali
Genitori	/	1	93	1	95

Tab. 1 - Dati di attività *Educare al Digitale*. Arco temporale: dicembre 2023 – giugno 2024.

	Temi di interesse fascia 0-5 anni			
	Abitudini digitali	Indicazioni di utilizzo	Regole di screen time	App parental control
%	39,3%	39,3%	17,9%	3,5%

Tab. 2 – Percentuali di interesse delle tematiche affrontate durante l'iniziativa "Conversazioni educative sul benessere digitale".

48

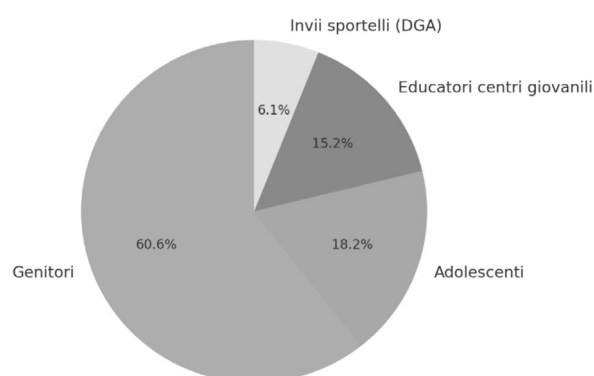
prevalentemente madri di bambini 3-5 anni, mentre la fascia 0-2 anni è risultata scarsamente rappresentata. Quest'ultimo emerge come dato interessante, che orienta a riflettere su come strutturare azioni mirate per aumentare la consapevolezza sul tema del digitale dei neo-genitori.

2.2. Il Progetto Rel-Azioni digitali

La metodologia dello sportello Rel-azioni Digitali prevede l'accesso di genitori, educatori e adolescenti, che possono usufruire di un massimo di cinque incontri di counseling psicologico. Al termine, il professionista valuta l'opportunità di un invio a servizi specialistici o, in alternativa, propone interventi psicoeducativi per genitori, percorsi gruppal o formativi per educatori, o interventi individuali per adolescenti. L'obiettivo è promuovere un uso consapevole e sostenibile dei dispositivi digitali, affinché non interferiscano con la traiettoria di sviluppo in adolescenza. Tra luglio 2024 e settembre 2025, il progetto ha intercettato 20 genitori di adolescenti (10-17 anni), perlopiù inviati dai MMG che avevano partecipato ad una formazione tenuta dal SerDP sull'uso problematico delle tecnologie e le nuove forme di dipendenza. Le principali difficoltà emerse riguardano la gestione del tempo di utilizzo dei devices, le alterazioni del ritmo sonno-veglia e la scarsa autoregolazione rispetto agli impegni quotidiani, in particolare scolastici. Sono stati seguiti 6 adolescenti in percorsi di counseling e 5 educatori dei centri giovanili di Rimini e Riccione, interessati ad approfondire i temi del digitale per migliorare le proprie competenze educative. Inoltre, 2 casi sono stati indirizzati ad altri sportelli specializzati per il Disturbo da Gioco d'Azzardo, a conferma della necessità di una continuità tra gli interventi di prevenzione sul digitale, gaming e GAP e dell'importanza del lavoro di rete. Per gli educatori, i bisogni emersi sono stati affrontati attraverso interventi gruppal psicoeducativi, finalizzati a comprendere i mondi digitali abitati dagli adolescenti e a ideare esperienze relazionali più efficaci nei contesti aggregativi. Il parent training rivolto ai genitori ha

mirato a contenere e riorientare paure e resistenze verso il digitale, promuovendo competenze utili a sostenere la relazione genitore-figlio, favorire la condivisione di paure, ansie e strategie di controllo sui propri figli legate ai rischi dell'online (dipendenza, cyberbullismo, esposizione a contenuti inappropriati) e a bilanciare fiducia e sorveglianza. Nei colloqui con gli adolescenti sono emerse fragilità coerenti con la fase evolutiva: i ragazzi hanno mostrato curiosità e apprezzamento per uno spazio di ascolto non giudicante, riconoscendo il bisogno di autonomia e appartenenza online e riflettendo sui rischi di un uso disfunzionale. Tra i temi principali figurano il conflitto con i genitori, le difficoltà comunicative intergenerazionali e la fatica nel negoziare regole condivise, in un contesto in cui

Distribuzione partecipanti e invii

Graf. 6 - Dati di attività *Rel-Azioni Digitali*. Arco temporale: giugno 2024 - settembre 2025.

anche gli adulti faticano a interrogarsi sui propri modelli genitoriali e sui propri usi digitali.

3. Valutazioni di esito e azioni di miglioramento

Alla luce dei dati rilevati, emergono indicazioni significative per l'orientamento delle future azioni di prevenzione e

sensibilizzazione, in particolare in relazione al fenomeno della precocizzazione degli esordi psicopatologici nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze comportamentali. I progetti *Educare al Digitale* e *Rel-Azioni Digitali* hanno evidenziato come il tema della salute digitale sia percepito come rilevante da PLS, MMG, educatori, specialisti e genitori di bambini al di sopra dei 2-3 anni di età, mentre la fascia 0-2 anni risulta tuttora scarsamente rappresentata. Il periodo prenatale e perinatale, secondo quanto emerge dalla letteratura scientifica, resta una sfida per i servizi e gli enti territoriali impegnati nella promozione della salute, in quanto rappresenta una finestra temporale determinante per la prevenzione precoce di abitudini digitali disfunzionali e per la sensibilizzazione ad un'introduzione dei dispositivi coerente con l'età evolutiva e con le esigenze relazionali primarie. I genitori di bambini in età prescolare e scolare, più frequentemente già preoccupati per eventuali alterazioni comportamentali, tendono ad accedere con maggiore facilità agli sportelli e agli incontri di sensibilizzazione. Al contrario, i genitori di bambini nella fascia 0-2 anni mostrano una minore partecipazione alle iniziative di promozione della salute digitale. Tale dato rappresenta una criticità significativa, che suggerisce la necessità di individuare nuove strategie di prevenzione e modalità di ingaggio più efficaci. Potrebbe risultare utile, ad esempio, introdurre specifici approfondimenti sul tema della salute digitale all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita, oppure integrare tali contenuti nelle iniziative rivolte ai futuri genitori promosse dai Centri per le Famiglie del territorio, in un'ottica di tempestività e prossimità. Il coinvolgimento dei PLS ha comunque consentito di attivare un'importante azione di prevenzione primaria e secondaria in una fascia di popolazione che manifesta un basso livello di consapevolezza rispetto al tema e una limitata percezione del rischio. Nonostante le attività di sensibilizzazione, infatti, gli invii allo psicologo da parte dei PLS sono stati esigui, indicando la necessità di ulteriori sforzi per accrescere la consapevolezza e la partecipazione delle famiglie. Parallelamente, l'osservazione delle traiettorie di rischio in preadolescenza e adolescenza, emersa attraverso gli interventi di intercettazione precoce e l'abbassamento dell'età di primo accesso ai percorsi trattamentali specialistici, ha messo in evidenza la necessità di orientare le politiche locali verso progettazioni condivise e azioni di rete. Tali azioni devono essere in grado di creare interconnessioni dinamiche tra professionisti e servizi, come dimostrato dall'esperienza dello sportello *Rel-Azioni Digitali*. L'attivazione di un canale di invio da parte dei MMG allo sportello e la partecipazione di adolescenti in assenza di comportamenti francamente patologici, insieme a quella di operatori che lavorano con questa fascia d'età,

rappresentano un risultato significativo. Tali elementi testimoniano il successo della scelta strategica di un contesto non stigmatizzante e della collaborazione strutturata con la rete dei servizi e con il territorio. Questi esiti, seppur ancora in una fase embrionale, appaiono promettenti e pongono le basi per il consolidamento, negli anni, di *Rel-Azioni Digitali* come nodo stabile e riconosciuto all'interno degli interventi territoriali dedicati alla salute digitale.

Conclusioni

Accettare di operare nel territorio ibrido dell'*Onlife* non significa rifiutare la tecnologia, ma riconoscerne le potenzialità e i rischi. Essa può essere risorsa di crescita, ma anche rifugio difensivo, risposta immediata a bisogni di sicurezza, riducendo le possibilità di un incontro autentico con l'altro e limitando le esperienze trasformative. Restituire centralità alla relazione consente al digitale di configurarsi come strumento e non come difesa, come opportunità e non come orizzonte chiuso. In questa prospettiva, i progetti *Educare al Digitale* e *Rel-Azioni Digitali* si delineano come una nuova frontiera della prevenzione, dai primi anni di vita fino all'adolescenza. Il lavoro con le famiglie ha evidenziato, accanto a un interesse crescente, anche fragilità di ingaggio, indicando la necessità di rafforzare la comunicazione e consolidare un'alleanza più stretta tra servizi sanitari, scuola e genitori. L'educazione digitale si intreccia inevitabilmente con il tema della precocizzazione: l'accesso sempre più anticipato dei bambini ai dispositivi e l'esposizione precoce agli ambienti digitali richiedono interventi preventivi tempestivi, volti a promuovere un uso equilibrato e consapevole delle tecnologie. Ciò implica progetti di prevenzione primaria e di intercettazione precoce basati sulla sinergia tra sanità e scuola: i professionisti sanitari, come primi presidi di salute, hanno il compito di accompagnare le famiglie; la scuola, come luogo di socializzazione e apprendimento, diviene spazio privilegiato per promuovere salute e competenze digitali.

Co-autori

Gina Ancora, *Direttore Dipartimento Salute Donna, Infanzia e Adolescenza, U.O. Terapia Intensiva Neonatale Rimini, Director NIDCAP Training Center Rimini, AUSL Romagna, Ospedale Infermi Rimini, Vice Presidente Consiglio Direttivo Società Italiana di Neonatologia (SIN)*

Antonella Antonelli, *Pediatra Libera Scelta AUSL Romagna Rimini, Segretario Nazionale FIMP Federazione Italiana Medici Pediatri*

Elena Lucarella, *Psicologa-Psicoterapeuta, Cooperativa Centofiori, Rimini*

Valentina Moscatiello, *Psicologa-Psicoterapeuta*

Bibliografia

- Blum-Ross A. & Livingstone S. (2017). "Sharenting", parent blogging, and the boundaries of the digital self. *Popular Communication*, 15(2), 110-125. <https://doi.org/10.1080/15405702.2016.1223300/>.
- Bronfenbrenner U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brosch A. (2016). *When the child is born into the Internet: Sharenting as a growing trend among parents on Facebook*. *The New Educational Review*, 43(1), 225-235.
- Floridi L. (2015). *The onlife manifesto: Being human in a hyperconnected era*. Springer Nature.
- Gainsbury S. M. (2015). *Online gambling addiction: The relationship between Internet gambling and disordered gambling*. *Current Addiction Reports*, 2, 185-193.
- Genta M. L. (2021). *Bambini digitali? Cosa significa davvero mettere in mano ai nostri piccoli cellulari e dispositivi*. Rischi e opportunità da 0 a 6 anni. FrancoAngeli.
- Gini G., Pozzoli T. & Angelini L. (2021). *Adolescents and digital technologies: From social networking to gaming addiction*. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 25(1), 61-76.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Doubleday.
- King D. L., Delfabbro P. H. & Griffiths M. D. (2010). *The convergence of gambling and digital media: Implications for gambling in young people*. *Journal of Gambling Studies*, 26(2), 175-187. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9153-9>
- Livingstone S. & Blum-Ross A. (2022). *Figli connessi: Come la tecnologia plasma la vita dei bambini*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Ministero della Salute. (2023). *Uso problematico di Internet e gaming disorder: Report di monitoraggio nelle ASL*. Centro Nazionale Dipendenze e Doping.
- Pontes H. M. & Griffiths M. D. (2015). *Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and validation of a short psychometric scale*. *Computers in Human Behavior*, 45, 137-143.
- Prensky M. (2013). *La mente aumentata: Dai nativi digitali alla saggezza digitale*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Regione Emilia-Romagna. (2018). *Legge regionale 19/2018: Norme in materia di promozione della salute, del benessere della persona e della comunità*.
- Regione Emilia-Romagna. (2021). *Piano regionale della prevenzione 2021-2025: Programma predefinito dipendenze PP04*. Servizio Sanità Pubblica.
- Società Italiana di Pediatria. (2022). *Adolescenti iperconnessi: Impatti e strategie di prevenzione*. Position paper.
- Steinberg S. B. (2017). *Sharenting: Children's privacy in the age of social media*. *Emory Law Journal*, 66(4), 839-884.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases (11th rev.)*. WHO.

Adolescenti anonimi

Un percorso di Recovery College pensato con i più giovani a Bologna

Laura Negrelli, Sabina Alessi, Agnese Drusiani,
Arianna Castellani, Rita Zamboni, Fabio Lucchi

Abstract

Il Recovery College Young (RCY) è un progetto pilota sviluppato nel Distretto Reno-Lavino-Samoggia, all'interno del percorso più ampio del Recovery College promosso dal DSMDP di Bologna in collaborazione con l'Università di Bologna, gli enti locali, la cooperazione sociale e l'associazionismo. Il progetto è aperto a giovani tra i 16 e i 23 anni e si propone di promuovere percorsi di crescita personale e benessere condiviso, favorendo la consapevolezza, l'autodeterminazione e la capacità di prendersi cura di sé. Il modello teorico di riferimento è quello del Recovery College (Perkins and Repper, 2017), basato su un approccio educativo centrato sulla persona, co-prodotto e inclusivo, in cui operatori, utenti e volontari collaborano in condizioni di parità, in un processo di apprendimento reciproco.

Il saggio presenta metodi e strumenti utilizzati nel corso dei due anni di sperimentazione condotti nel Distretto Reno-Lavino-Samoggia, evidenziando i risultati ottenuti in termini di cambiamento personale e sviluppo di competenze nei partecipanti, siano essi studenti o facilitatori ed esplorando le ricadute più ampie a livello di Dipartimento e di Comunità. L'esperienza ha infatti favorito la diffusione del modello sul territorio bolognese, con il coinvolgimento di altri Distretti e delle scuole secondarie di primo e secondo grado. Persistono tuttavia alcune criticità, in particolare nel raggiungimento e nel coinvolgimento della cittadinanza esterna ai Servizi e nello sviluppo di un programma più ampio di gruppi RCY per i giovani, obiettivi che ci proponiamo di raggiungere in future implementazioni del progetto.

Introduzione

La salute mentale dei giovani adulti e degli adolescenti costituisce fonte di grande preoccupazione in termini di salute pubblica (McGorry, 2015); negli ultimi tre anni post-epidemia un numero sempre maggiore di ragazzi ha fatto accesso ai nostri servizi per disturbi mentali. I tradizionali percorsi di cura spesso risultano non efficaci in questa fascia di età (McGorry et al 2014); ne conseguono drop-out dai trattamenti, maggiore utilizzo dei servizi per le emergenze, e cronicizzazioni (Singh e Tuormainen, 2015), come è anche

Rif.
Laura Negrelli, *Dirigente medico Psichiatra,*
CSM Reno Lavino Samoggia, AUSL Bologna
051 596801
laura.negrelli@ausl.bologna.it

emerso nel corso del recente congresso nazionale SIP (Di Sciascio, 2025). Particolare fragilità nei percorsi di cura si rileva, con il passaggio alla maggiore età, nella transizione dai servizi della Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPJA) e quelli dei Centri di Salute Mentale (CSM) (Reale and Bonati, 2015), che spesso è contrassegnato da discontinuità di personale e frequenza del trattamento (spesso meno intenso nei servizi per adulti), e approccio talvolta pregiudizievole rispetto all'efficace prosecuzione delle cure (Linee Guida Regione Emilia-Romagna).

Negli ultimi 20 anni in tutto il mondo si è osservato un costante sviluppo della pratica orientata alla recovery del *Recovery College* ("Recovery Colleges 10 Years On," n.d., p. 10): programmi di educazione per adulti che offrono agli studenti l'opportunità di scegliere un'ampia gamma di corsi sul benessere finalizzati all'acquisizione di competenze ed esperienze che potranno essere spese a supporto del proprio percorso di ripresa personale (Briand et al., 2025). Anche all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche (DSM-DP) di Bologna da 4 anni a questa parte, è stato implementato un *Recovery College* che vede una partecipazione consolidata (circa 2000 persone hanno partecipato all'offerta formativa degli ultimi due anni) e una costante co-progettazione tra utenti e operatori dei servizi e del terzo settore, familiari, e volontari.

A livello internazionale, la declinazione del modello del *recovery college* in contesti per adolescenti e giovani prende il nome di *Discovery College* (Fitzgerald et al., 2024): il termine vorrebbe catturare l'idea della "scoperta" di un benessere possibile e praticabile (e non tanto di "guarigione" come avviene per i più adulti), e rappresenta di fatto una nuova frontiera per la sperimentazione di approcci innovativi con il coinvolgimento dei giovani adolescenti nella co-produzione di interventi, programmi e servizi. Il progetto "Adolescenti Anonimi" si colloca in questo quadro di riferimento.

Sul piano della pratica clinica da tempo sentivamo l'esigenza di lavorare in collaborazione tra Servizi (NPJA e CSM) per migliorare le competenze reciproche sulla fascia di età di passaggio, favorire una transizione più efficace e trovare modalità di affrontare la sofferenza (specie quando è nelle primissime fasi) non necessariamente in ambiti istituzionali. Queste ragioni ci hanno portato a pensare a una nuova modalità di lavoro, co-costruita con i servizi, i giovanissimi e una cooperativa sociale territoriale con cui abbiamo una collaborazione assidua e consolidata. Il saggio si pone dunque l'obiettivo di descrivere i processi di due anni di sperimentazione del primo gruppo di *Recovery College* pensato con i più giovani e realizzato sul territorio bolognese al fine di valutarne la fattibilità e la sostenibilità.

L'obiettivo è anche quello di comprendere come questi interventi possano favorire il percorso di *recovery personale*

dei nostri utenti, modificando non tanto la traiettoria di malattia in senso strettamente sintomatologico, ma soprattutto la qualità di vita e il senso di autoefficacia attraverso un'esperienza orientata al cambiamento, che riattribuisca un nuovo significato e un nuovo senso all'esistenza dopo la crisi.

1. Metodologia

Il *Recovery College Young (RCY)* è un'esperienza formativa innovativa, che nasce nel Distretto Reno-Lavino-Samoggia, nel contesto del *Recovery College (RC)* bolognese ("La salute mentale come bene comune...Perché ci vuole una città," n.d.). Si pone l'obiettivo di accompagnare i ragazzi in un percorso di crescita personale e benessere condiviso, rendendoli veri e propri *studenti del proprio benessere*. È sviluppato secondo la matrice dei criteri di fedeltà del modello del *Recovery College*: un modello formativo, co-prodotto, centrato sulla persona e sulle sue risorse, graduale e progressivo, inclusivo e rivolto alla comunità (Perkins and Repper, 2017); è co-costruito tra volontari, utenti, operatori afferenti al CSM e alla NPJA territoriale, e della Cooperativa Sociale Martin Pescatore che opera sul territorio. Si svolge in luoghi di prossimità integrati nel tessuto cittadino, il più possibile aperti e de-stigmatizzanti e all'interno della sede locale del *Recovery College (CoRe Lab)*.

L'obiettivo dei percorsi RC è quello di promuovere la *Recovery* ossia un viaggio personale verso il benessere psichico, sociale e fisico delle persone, mettendo al centro l'esperienza personale, le risorse individuali e la capacità di prendersi cura di sé, con il sostegno del gruppo e dei facilitatori, costruendo un nuovo senso di sé e dei nuovi obiettivi (Leamy et al. 2011).

L'accesso è a libera iscrizione, la partecipazione del singolo è senza vincoli rigidi, nel rispetto dei tempi e delle motivazioni personali, in un contesto accogliente e non giudicante.

1.1. A chi è rivolto

Il corso RCY è rivolto a ragazzi tra i 16 e 23 anni. Ogni laboratorio è costituito da circa 15 corsisti (ragazzi ed eventuali loro adulti di riferimento) e 5-6 facilitatori tra esperti per esperienza e per professione. Come ogni corso RC, il RCY, è fondato sulla co-produzione dell'attività: gli incontri sono pensati insieme nella strutturazione e nei contenuti in modo che tutti i partecipanti, alla pari, portino un proprio contributo concreto.

1.2. Metodologia e strumenti

Struttura dell'attività:

Il percorso si è articolato in quattro incontri, ciascuno dedicato a un tema specifico:

- *Introduzione alla Recovery*: visione e discussione di un video per avviare un dialogo aperto sul significato di benessere.

- *La scala del cambiamento*: esplorazione delle fasi del cambiamento personale secondo un modello transnosografico per stimolare una riflessione sui propri percorsi e sugli obiettivi individuali.

- *La profezia che si autoavvera*: comprendere come aspettative e convinzioni influenzano i comportamenti. Riconoscere convinzioni limitanti. Esercizi pratici di consapevolezza e riformulazione.

- *Le 5 vie del benessere*: scoprire e sperimentare i cinque principi fondamentali per il benessere attraverso il modello proposto dalla NEF Foundation. Riflessioni di gruppo ed applicazione nella quotidianità.

Dopo ogni incontro è previsto un momento di verifica volto a valutare l'efficacia delle proposte e a raccogliere osservazioni utili per migliorare progressivamente la qualità del percorso e adattarla ai bisogni di chi ne fa parte, creando dinamismo, inclusività e costante evoluzione.

A conclusione del corso base, su richiesta dei partecipanti, sono stati attivati quattro ulteriori incontri con l'obiettivo di favorire la condivisione delle emozioni e la costruzione di ulteriori esperienze comuni per creare una rete di relazioni che consenta ai ragazzi di costituire un ambiente tollerante in cui sentirsi supportati nel raggiungimento dei propri obiettivi di cambiamento. Le attività proposte sono state sviluppate a partire dagli interessi dei partecipanti e arricchite dalle opportunità offerte dal territorio.

Dal 2023 sono state realizzate 4 edizioni a cadenza semestrale, a breve partirà la quinta edizione. I 4 incontri più strutturati sono realizzati a cadenza settimanale, mentre i successivi 4 incontri, inseriti a partire dalla seconda edizione del corso, a cadenza bimensile. Nel complesso ciascuna edizione si protrae per circa 3 mesi, nelle stagioni primaverile e autunnale. Il mese precedente, in circa 4 incontri, avviene la co-produzione del corso, sempre rivisitata con i nuovi facilitatori coinvolti.

Il gruppo prevede un massimo di 15 partecipanti, esclusi i facilitatori, per garantire una sufficiente intimità tra i partecipanti. La prima edizione ha coinvolto 7 iscritti, aumentati a 13 all'ultima edizione. Ad ogni edizione abbiamo assistito ad un drop-out di circa 2-3 ragazzi.

Abbiamo raccolto il *feedback* dei partecipanti con due strumenti standardizzati, anonimi e autosomministrati, realizzati in collaborazione con UniBo e applicati a tutti i corsi RC di Bologna: il "Questionario di gradimento" che chiede ai partecipanti di esprimere in generale il proprio gradimento sul corso, gli elementi che hanno favorito la partecipazione tra cui la presenza o meno di un ambiente accogliente e gli aspetti organizzativi più apprezzati, l'utilità

percepita rispetto al proprio percorso di recovery e il "Questionario di impatto", che indaga l'impatto del corso sulla propria vita, in termini di individuazione di nuovi interessi, andamento del proprio percorso di recovery personale, raggiungimento di migliore benessere, mantenimento di rapporti con altri corsisti, interesse a partecipare ad altri corsi. Il primo questionario viene dato dopo i primi quattro incontri (primo mese), il secondo al termine dell'esperienza complessiva.

2. Valutazione/riflessione di impatto sul problema e/o di risultato

Dai primi dati raccolti nei questionari di gradimento, si è potuto evincere che i ragazzi apprezzano in particolar modo l'ambiente accogliente e non giudicante, che li ha aiutati a partecipare attivamente portando le loro esperienze personali, e la capacità del gruppo di attivare e sostenere il percorso di recovery personale e un maggior *empowerment*. In termini di impatto, invece, riportano in particolar modo un contributo del corso nell'attivare un percorso di recovery personale, nuove relazioni tra i corsisti e quindi miglioramento dell'area relazionale.

Ci sono stati casi di drop out, fisiologici in qualsiasi attività gruppalmente specie in pazienti ritirati. Nelle varie edizioni il gruppo è stato molto partecipato: specie nei primi quattro incontri, dove si concentra la parte più densa di contenuti. Si è assistito ad un rapido e continuo *turn over* dei giovani facilitatori, molti dei quali hanno lasciato il gruppo avendo raggiunto un miglioramento soggettivo nella propria esperienza di vita e quindi per la ricerca di nuovi obiettivi (segno che il gruppo ha in sé grandi possibilità evolutive). Nell'ottica di formazione RC, dove imparare avviene "facendo insieme" e co-pensando, diversi operatori di altri territori hanno partecipato ai nostri corsi, portando con sé alcuni pazienti candidati a iniziare la facilitazione di nuovi gruppi RCY, con buoni esiti: ad oggi, infatti, nell'area metropolitana sono attivi altri 2 gruppi RCY e un altro è in corso di progettazione.

Nella primavera 2025, è anche partito un interessante esperimento pilota in due scuole superiori di Bologna (i Licei Arcangeli e Fermi) in collaborazione con il Servizio PPEE (Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva) dell'Ausl Bologna e il Rotary Club, volto alla sensibilizzazione sui temi della salute mentale nei giovanissimi e alla prevenzione, attraverso l'introduzione dei concetti di Recovery, co-progettazione e co-pensiero. Gli esiti di questo primo progetto sono stati presentati ad un evento tenutosi il 22/09/2025 in Sala Borsa alla presenza del Provveditore e di una platea di dirigenti scolastici ed insegnanti ("Giornata Mondiale della Salute Mentale 2025," n.d.).

Il gruppo RCY ha avuto molta risonanza sia per l'interesse crescente verso la realizzazione di percorsi di cura innovativi

diretti ai giovani, sia perché la sua realizzazione ha attivato una collaborazione non scontata tra servizi DSM-DP (Psichiatria Adulti e NPIA). Questo ha facilitato la comunicazione e lo scambio di idee, la contaminazione delle pratiche di lavoro determinando una maggiore collaborazione, a superamento di quello “scollamento” tra servizi che costituisce una nota criticità nella continuità di cura (McLaren et al 2013). Inoltre, il RCY si può considerare un’esperienza “a ponte” che si integra con gli interventi istituzionali nella transizione, favorendo la continuità di cura all’età adulta.

Questo gruppo ha destato anche la curiosità di Associazioni che operano nell’ambito della Salute Mentale bolognese, che ci hanno chiesto di conoscere la nostra esperienza, facendo così da importante cassa di risonanza per l’iniziativa. Segnaliamo, per eventuali approfondimenti, l’audio intervista di *Psicoradio - la radio della mente* – (progetto di Arte e Salute APS in collaborazione con il DSM-DP) suddivisa in due puntate :»Recovery Young: una luce in fondo al tunnel” e “Recovery Young 2 “Poi il mondo mi è sembrato più aperto” (puntate 949 e 950) e l’articolo pubblicato sul sito delle Associazioni per la Salute Mentale e del DSM-DP di Bologna *Sogni e Bisogni: “Come funziona il percorso di Recovery Young nato a Casalecchio”* (Laura Pasotti, edizione di aprile 2025)

Più in generale, questo progetto pilota ci porta a valutare positivamente la sua fattibilità nel contesto organizzativo dei nostri servizi territoriali ed anche il suo valore di “prototipo” di pratiche collaborative fra servizi (nel nostro caso fra CSM e NPIA) andando a integrare e/o superare una logica “protocollare”. Infatti, atri due distretti della città metropolitana di Bologna CSM e NPIA, nell’ultimo anno, hanno costituito un gruppo di lavoro che ha avviato un’esperienza locale di un RCY, dimostrando la trasferibilità e la fattibilità della pratica nel contesto organizzativo dipartimentale.

Una testimonianza di una nostra preziosa partecipante: *“Per me la Recovery è stata una bella esperienza. (...) Credo che il potenziale della Recovery sia la comunità, il senso di comunione che si crea unendosi ad altre persone e individuando se stessi in ognuna di esse. Questo implica certamente impegno, fatica e coraggio. Parlare dei propri problemi davanti a persone che non si conoscono non è facile, si sa. Tuttavia, condividendo le proprie emozioni, per quanto difficile e imbarazzante, consente di liberare il proprio animo, almeno in parte, da un peso troppo grande per essere sopportato da soli. (...) Quello che mi sento di dire è che la Recovery ti insegna una cosa fondamentale: non sei sol*. Semplicemente, forse, non hai avuto modo di vedere il tuo problema riflesso negli occhi di altri individui. Ci sono tante persone che come me, come noi, soffrono. Ci sono tante*

persone che come noi vivono senza sapere esattamente cosa voglia dire vivere. Persone che, come noi, non sanno dove andare, cosa fare, come affrontare la vita che tanto odiamo pur non conoscendola appieno. Ecco, questo mi ha insegnato la Recovery. Mi ha insegnato che non sono sola. Ci sono persone che, come me, soffrono, che hanno paura. Ci sono, però, anche persone disposte ad ascoltarmi e ad aiutarmi. Devo solo ammettere di aver bisogno, chiedere aiuto e aprirmi con gli altri. Per me la Recovery è questo.”

3. Criticità

Il primo elemento di criticità riscontrato riguarda l’autonomia di ragazze/i nel pensare e sostenere nuovi corsi Recovery College. Se nell’esperienza RC con gli adulti, a seguito del corso base, sono sorti innumerevoli corsi che hanno enormemente arricchito il programma annuale, i più giovani necessitano e richiedono, anche esplicitamente, di essere accompagnati e sostenuti nei percorsi di crescita e autonomia, compresa la progettazione di eventuali altri corsi RC.

Nonostante siano state fatte diverse esperienze nelle scuole del territorio per promuovere l’approccio recovery e la partecipazione al corso, rileviamo ancora critico il coinvolgimento di ragazze/i non in carico ai servizi, essenziali per un vero superamento dello stigma e un reale reinserimento sociale,

Infine, osserviamo un limite nei questionari utilizzati ad oggi per valutare l’esperienza, che non sempre colgono fino in fondo la profondità del movimento interno che questi gruppi generano.

A livello organizzativo abbiamo constatato gli aspetti positivi, ma anche negativi, delle progettazioni locali, che pur con risultati buoni (anche in termini di soddisfazione degli operatori coinvolti) richiedono tuttavia tempo per raggiungere tutti i livelli di organizzazioni molto complesse, soprattutto quando vengono proposti cambiamenti culturali e pratiche che potrebbero richiedere adattamenti importanti, rispetto ai quali non è automatico che l’organizzazione sia pronta ad assumerne le conseguenze. In questa prospettiva, lo “studente nascosto” del RC in generale ma ancora di più del RCY, è l’organizzazione stessa, che va curata e sostenuta per la buona riuscita del progetto.

4. Azioni di miglioramento

Rispetto al favorire una maggiore crescita del “college dei giovani” riteniamo che si debba lavorare su più fronti. Da un lato favorendo la continuità dell’incontro tra i partecipanti, in quanto per i giovanissimi la gruppalità costituisce in sé un elemento trasformatore, in grado di dare forza al cambiamento e alla nascita di nuove esperienze: stiamo quindi orientando gli ultimi quattro incontri alla co-progettazione delle successive edizioni o dei corsi di secondo

livello/approfondimento sui temi della recovery. Inoltre abbiamo da poco avviato, attraverso lo strumento del Budget di Salute, un gruppo che, abbracciando la metodologia recovery, possa accogliere coloro che finito il corso RCY mostrano ancora il bisogno di mantenere un luogo e uno spazio di co-pensiero e co-lavoro, con la speranza che nascano anche nuove idee per un futuro college a più corsi fatti con i giovani. Dall'altro lato è altrettanto utile proseguire nella *mappatura dinamica* delle risorse territoriali, affinché come avviene nel RC degli adulti, anche questo ambito si arricchisca di risorse territoriali che facilitino approfondimenti di nuovi temi e un reale e continuo contatto con la comunità e il territorio dove essi vivono.

Per ciò che concerne la valutazione del cambiamento è ipotesi condivisa che possa essere utilizzato uno strumento più ricco quale la My Mind Star (la versione per i giovani della più nota Recovery Star), che apra le porte, specialmente per chi è utente dei nostri servizi, ad una possibile progettazione individuale in stile RC, anche utilizzando il modello già noto del Budget di Salute.

Rispetto al maggior coinvolgimento della popolazione generale, sarebbe necessaria una adeguata sponsorizzazione di tutto il Recovery College, con campagne di sensibilizzazione e una maggiore presenza sui social media.

Valutiamo importante avviare un lavoro più sistematico, coordinato e condiviso con le scuole, che favorisca e incrementi una progettualità sostenibile e radicata territorialmente e favorisca l'approdo all'esperienza di RC fuori da ogni contesto istituzionale (scolastico o sanitario), come si propone di essere il RCY, affinché tale proposta riesca davvero ad essere inclusiva e de-stigmatizzante e che il concetto di Recovery e benessere comune possa attecchire all'interno della Comunità e diventare un patrimonio ed un linguaggio condiviso.

Riteniamo inoltre che la crescita di questa progettualità debba superare i servizi del DSM-DP, coinvolgendo sempre più aree socio-sanitarie (Cure Primarie, Case di Comunità, MMG, Servizi Sociali ecc.) perché la *Recovery* ci riguarda tutte/i e fornisce strumenti per rispondere ad un bisogno sempre maggiore nella popolazione.

Su un piano più generale, possiamo affermare che -come tutte le pratiche orientate alla recovery- anche il "dispositivo RC" vada inserito in una visione sistemica che integri tutti gli strumenti e le risorse a disposizione di utenti e loro equipe di riferimento per arrivare a progettazioni individualizzate più efficaci e sostenibili.

Osservazioni conclusive

Riteniamo che la nostra esperienza locale, attualmente estesa a tutto il territorio bolognese, abbia aperto la strada ad un nuovo e affascinante strumento di lavoro con i giovani,

e non per i giovani, nel definire innovativi percorsi di cura incentrati sulla persona.

Per il metodo usato e per i processi che ha innescato, riteniamo che la nostra esperienza sia "prototipica" per una modalità di lavoro utile a favorire percorsi di miglioramento della qualità dei servizi.

Co-autori

Sabina Alessi, *medico psichiatra, Responsabile CSM RE.LA.SA, AUSL Bologna*

Agnese Drusiani, *Coordinatrice Assistenziale NPIA Casalecchio-Porretta, AUSL Bologna*

Arianna Castellani, *Medico psichiatra, AUSL Bologna*

Rita Zamboni, *Coordinatrice Assistenziale NPIA BO Ovest, AUSL Bologna*

Fabio Lucchi, *medico psichiatra, Direttore DSM-DP AUSL Bologna*

Bibliografia

- Briand, C. et al., 2025. *State-of-the-art literature review of Recovery College evaluative studies between 2013-2024*. Front Psychiatry 16, 1584110.
- Giornata Mondiale della Salute Mentale 2025 [WWW Document], n.d. *La salute mentale come bene comune...Perché ci vuole una città*. URL <https://site.unibo.it/ci-vuole-una-citta/it/gmsm-2025> (accessed 11.3.25).
- Imroc [WWW Document], 2025. *Imroc*. URL <https://www.imroc.org> (accessed 11.3.25).
- La salute mentale come bene comune...Perché ci vuole una città [WWW Document], n.d. *La salute mentale come bene comune...Perché ci vuole una città*. URL <https://site.unibo.it/ci-vuole-una-citta/it> (accessed 11.3.25).
- McGorry, P.D., 2015. *Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue*. J. Nerv. Ment. Dis. 203, 310-318.
- Perkins, R., Repper, J., 2017. Editorial. *Mental Health and Social Inclusion* 21, 65-72. <https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2017-0005>
- Reale, L. et al. 2015. *Mental disorders and transition to adult mental health services: A scoping review*. Eur Psychiatry 30, 932-942. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.07.011>
- Recovery Colleges 10 Years On [WWW Document], n.d. *Imroc*. URL <https://www.imroc.org/publications/recovery-colleges-10-years-on> (accessed 11.3.25).
- Fitzgerald A et al. 2024, «Bringing recovery to the youth – a review of discovery colleges». *Mental Health and Social Inclusion*, Vol. 28 No. 4 pp. 302-307, doi: <https://doi.org/10.1108/MHSI-04-2023-0041/>.
- Regione Emilia-Romagna, 2017. *Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti* RACCOMANDAZIONI REGIONALI.
- Di Sciascio, 2025, <https://psichiatria.it/salute-mentale-1-paziente-su-2-si-perde-nel-passaggio-a-cure-da-adulti>
- Jim van Os et al., 2019. *The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change?* World Psychiatry
- Leamy, M et al. 2011. *Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis*. The British Journal of Psychiatry, 199(6), 445-452.
- McGorry PD et al. 2014. *Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform*. Lancet Psychiatry. 2014;1:559-68.
- Singh SP et al. 2015 *Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care*. World Psychiatry. 2015 Oct;14(3):358-61.
- McLaren S. et al. 'Talking a different language': an exploration of the influence of organizational cultures and working practices on transition from child to adult mental health services. BMC Health Serv Res. 2013;13:254.

Ricovero minorenni tra multidisciplinarietà e inappropriatelyzza

AUSL di Bologna alla vigilia dell'apertura del reparto per adolescenti

Federico Chierzi, Lia Gamberini, Marzia Malaguti,
Francesca Lombardi, Stefano Costa

56

ABSTRACT

Nel corso degli ultimi 10-15 anni si è assistito a un significativo incremento dei disturbi psichiatrici in età evolutiva, con un conseguente aumento dei ricoveri ospedalieri di minori, accentuato dall'impatto della pandemia da SARS-CoV-2. L'articolo descrive l'esperienza maturata nell'area metropolitana di Bologna nella gestione dei ricoveri di adolescenti con psicopatologia presso la Pediatria dell'Ospedale Maggiore e i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) del DSM-DP, in attesa dell'apertura di un reparto dedicato. Dal punto di vista qualitativo, vengono descritti gli aspetti organizzativi implementati nel corso degli ultimi anni relativamente alla gestione del ricovero in setting clinici non specifici. Dal punto di vista quantitativo sono stati analizzati i dati relativi ai ricoveri di minori con diagnosi psichiatrica dal 2018 ad agosto 2025 sia in Pediatria che in SPDC, con relativi trend. La popolazione maggiormente colpita è risultata essere quella femminile. I disturbi più frequenti sono Disturbi del Comportamento Alimentare, Disturbi d'Ansia e Disturbi della Personalità e della Condotta. Sono, inoltre, presentati i dati sui minorenni con ripetuti ricoveri in SPDC (revolving door). L'esperienza evidenzia l'efficacia di un approccio integrato multidisciplinare, che coinvolga pediatri, neuropsichiatri, psichiatri, psicologi, educatori e servizi sociali, con attenzione alla continuità di cura ospedale-territorio. Tuttavia, vengono evidenziate le criticità legate al rischio dell'inappropriatezza clinica e ambientale. Le riflessioni e i dati presentati potranno servire all'organizzazione del nuovo reparto per la psicopatologia dell'età evolutiva presso l'Ospedale Maggiore di Bologna.

Rif.
Federico Chierzi, medico psichiatra,
SPDC San Giovanni in Persiceto,
DSM-DP/Ausl Bologna
051-6813402-3411
f.chierzi@ausl.bologna.it

1. Introduzione

I disturbi mentali in ambito pediatrico e adolescenziale rappresentano una delle principali preoccupazioni sanitarie nell'ultimo decennio. Il rapporto UNICEF del 2021 ha

evidenziato come a livello mondiale circa il 16% delle ragazze e dei ragazzi fra i 10 e i 16 anni (quasi un milione di persone) soffra di problemi di salute mentale (Keeley, 2021), la cui incidenza in età pediatrica era in aumento già in epoca pre-pandemica.

L'esperienza e l'impatto della pandemia di Sars-CoV2 ha accelerato un processo già in corso e la fine del periodo pandemico non è coincisa con un'inversione della tendenza. Nel corso degli ultimi 10-15 anni abbiamo assistito ad un notevole incremento delle emergenze psichiatriche tra minorenni (Bommersbach et al., 2023) che si stima siano raddoppiate negli Stati Uniti dal 2011 al 2020 mentre le visite per ideazione suicidaria sono aumentate di cinque volte (Bommersbach et al., 2023). Anche in Italia è stato osservato un significativo aumento delle visite per sintomi psicopatologici tra gli adolescenti dal 2019 al 2023 (Petruscelli et al., 2024). I dati ISTAT relativi al 2021 hanno documentato, in particolare, un aumento di ideazione/tentativi suicidio e di disturbi della nutrizione, specie nella popolazione femminile (Rapporto Bes, 2021). Tuttavia, anche prima della pandemia circa il 20% dei pre-adolescenti intervistati con una survey a Milano, dichiarava sofferenza psicologica (Walder et al., 2008). Ciò contrasta con un'inadeguata disponibilità di strutture idonee al ricovero ospedaliero per minori e di personale sanitario qualificato per la loro gestione. Nonostante l'impegno a predisporre percorsi di cura adeguati in contesto comunitario sempre più spesso l'urgenza psichiatrica negli adolescenti rappresenta una modalità di accesso ai servizi sanitari e va pertanto colta come un'occasione potenzialmente ricca per la costruzione di un aggancio terapeutico (Saidinejad et al., 2023).

In Italia, secondo la Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), in media 6 minorenni su 10 vengono ricoverati in reparti inappropriati tra cui quelli per gli adulti (FIARPED, 2023; SINPIA, 2023), contrariamente a quanto auspicato nel documento dell'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza nel quale si legge che tutti i servizi e gli interventi nell'ambito del disagio psichico e del disturbo psichiatrico in adolescenza dovrebbero essere improntati ai principi di specificità, partecipazione, continuità e autonomia derivanti dai principi trasversali della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Garante Infanzia, 2025). Pertanto, il minorenne che necessita di un ricovero in ambito ospedaliero deve poter usufruire di risposte il più possibile specifiche per età e per il disturbo, quali interventi multimodali che comprendano attività educative e psicologiche individuali e di gruppo, trattamento farmacologico e supporto per i familiari. La letteratura sottolinea come la gestione delle emergenze psichiatriche in età evolutiva richieda un approccio multidisciplinare con pediatri, psichiatri infantili,

infermieri formati in salute mentale e psicologi clinici (Saidinejad et al., 2023).

Un elemento di specificità dei ricoveri di minori è rappresentato dall'intervento educativo. Il ricovero spesso rappresenta un'esperienza destabilizzante, durante la quale si affrontano difficoltà importanti su varie dimensioni, fra cui quella affettiva e relazionale. L'allontanamento dagli amici, dalla scuola e dal proprio contesto di vita può generare frustrazione, sentimenti di solitudine e isolamento. L'intervento educativo in reparto si va ad inserire in questa cornice. L'educatore si fa carico del sostegno del paziente, andando ad agire sulla "parte sana", individuando e stimolando le aree di funzionamento, con l'intento di valorizzare le risorse e le strategie più utili ad adattarsi alla nuova situazione. Questo permette una rilettura della fase di crisi come una tappa della propria esperienza finalizzata a trovare un nuovo equilibrio.

Relativamente alla strutturazione fisica del setting è raccomandata la predisposizione di aree di accoglienza sicure, separate dai reparti medici generici, con spazi protetti e facilmente monitorabili. La riduzione degli stimoli e la presenza di elementi rassicuranti (luce naturale, colori neutri) sono essenziali per rendere l'ambiente accogliente e ridurre i fattori scatenanti il discontrollo degli impulsi.

Infine, deve poter essere garantita la continuità di cura ospedale-territorio orientata al miglioramento della salute mentale del/della ragazzo/a e alla prevenzione di ulteriori accessi in condizioni di urgenza. La dimissione dall'ospedale può infatti essere motivo di preoccupazione per il ragazzo/a e la famiglia qualora non sia stato predisposto un successivo progetto terapeutico calato nel contesto di vita.

In attesa dell'imminente apertura del reparto dedicato presso l'Ospedale Maggiore e al fine di garantire ricoveri il più possibile aderenti alle raccomandazioni, è nata una collaborazione fra l'UOC di Pediatria dell'Ospedale Maggiore di Bologna, gli SPDC del DSMDP di Bologna e l'UO di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva (PPEE) della stessa AUSL. L'obiettivo di questo articolo è descrivere il fenomeno del ricovero dei minori per disturbi psichici resi possibili dalla collaborazione tra questi servizi. Da un punto di vista qualitativo verranno descritte le caratteristiche organizzative dei contesti di cura con particolare riferimento alle criticità riscontrate e ad eventuali aspetti rilevanti per l'organizzazione del reparto per la psicopatologia dell'età evolutiva in fase di apertura presso l'Ospedale Maggiore di Bologna.

Da un punto di vista quantitativo verranno presentati alcuni dati di attività relativi ai minori con disturbi psichiatrici che hanno necessitato di ricovero ospedaliero dal 2018 ad oggi, con riferimento all'andamento degli accessi in fase pre-pandemica e negli anni successivi e alle diagnosi di accesso.

2. Metodologia

Sono stati raccolti e analizzati, tramite i flussi documentali dell'Ausl di Bologna:

- Il numero di minori di 18 anni con diagnosi psichiatriche afferiti presso la UOC di Pediatria tramite PS pediatrico, PS generale o trasferiti da altre UO come la Rianimazione o la PPEE. Il periodo esaminato è da gennaio 2018 ad agosto 2025. Sono stati presi in considerazione sesso (M/F), età al momento del ricovero, diagnosi all'ingresso, numero di ricoverati in rapporto al numero di accessi al PS pediatrico.
- Il numero di minori di 18 anni ricoverati presso i tre SPDC di Bologna (Maggiore-Ottonello, Malpighi, San Giovanni in Persiceto) nel periodo 2018-2024. Sono stati presi in considerazione sesso (M/F), età al momento del ricovero e della diagnosi di dimissione (presente nella SDO). Sono stati inoltre analizzati i ricoveri dei *revolving door* in SPDC al fine di cercare di capire se alcuni quadri di particolare complessità clinica-sociale possano aver inciso sul flusso di ricoveri di minori in SPDC. Coerentemente con la letteratura scientifica, i *revolving door* sono stati definiti come i pazienti minorenni con almeno 2 ricoveri in SPDC nell'arco di 12 mesi (Fonseca Barbosa and Gama Marques, 2023).

3. I ricoveri per disturbi psichici nella UOC di pediatria dell'Ospedale Maggiore

La degenza di un minore con psicopatologia presso la UO di Pediatria implica la collaborazione multiprofessionale di medici Pediatri, personale infermieristico della UOC di Pediatria, medici neuropsichiatri della PPEE, Psichiatri dell'SPDC, Psicologi del DMI (Dipartimento Materno-Infantile) e della PPEE, educatori, servizi sociali ospedalieri, volontari. Vengono organizzati periodici incontri formativi e di discussione dei casi tra i colleghi; consulenze frequenti dei neuropsichiatri (PPEE) e degli psichiatri SPDC del Maggiore negli orari di chiusura della PPEE e attivazione di interventi educativi personalizzati per ogni degente con psicopatologia. Viene coinvolto il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) dell'area minori, indispensabile per una ricognizione/valutazione delle dinamiche dell'ambiente esterno, delle possibili risorse/difficoltà della famiglia ed eventuali supporti da attivare. Si occupa, inoltre, della segnalazione formale all'Autorità giudiziaria della relazione sociosanitaria dei clinici che lo richiedono. Nella UO di Pediatria dell'Ospedale Maggiore sono state realizzate 2 camere (4 posti letto)

dedicate ai minori con psicopatologia ricoverati, modificate strutturalmente per ridurre il rischio di autolesionismo e dotate di videosorveglianza, in linea con quanto descritto nell'introduzione.

Nel corso degli anni si è assistito ad un calo degli accessi totali in PS pediatrico per patologie psichiatriche tra 2019 e 2020, in corrispondenza del *lock down*. Questo iniziale trend è coerente con quanto osservato da studi precedenti (Puntoni et al., 2025) ed è verosimilmente riconducibile alla riduzione dell'esposizione sociale e delle richieste di aiuto ai Servizi che hanno caratterizzato quel periodo. Già dal 2021, il numero degli accessi è andato aumentando con un picco nel 2024, mentre i ricoveri nel 2024 superano di oltre quattro quelli dell'epoca pre-pandemica: e il trend risulta in incremento anche nei primi 8 mesi del 2025 (Tab. 1).

Si noti che il numero dei ricoveri è aumentato sia in numero assoluto che in percentuale rispetto al numero degli accessi (Fig. 1). Mentre nel 2018 veniva ricoverato il 7,3% dei pazienti psichiatrici acceduti al PS pediatrico, nel 2024 la quota raggiungeva il 36,7% (Fig. 2). Questi dati, da un lato,

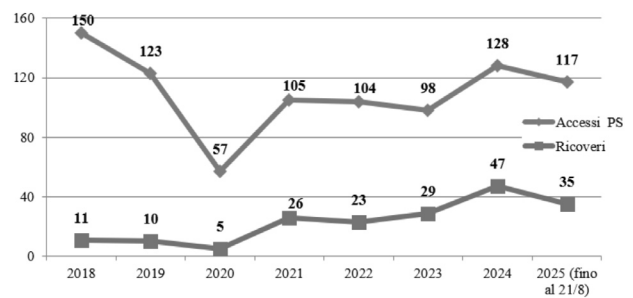


Fig. 1 - Andamento degli accessi in PS pediatrico, Ospedale Maggiore, e dei ricoveri dal 2018 al 2025 di minori con diagnosi psichiatriche. Fonte: flusso informativo aziendale.

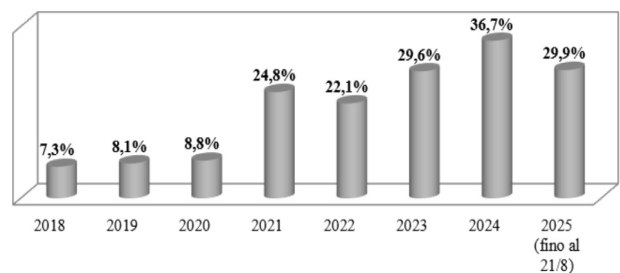


Fig. 2 - Percentuale di ricoveri post accesso in PS pediatrico, Ospedale Maggiore dei minori con diagnosi psichiatriche (2018-2025). Fonte: Flusso informativo aziendale.

Anno	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (fino al 21/8)
AccessiPS	150	123	57	105	104	98	128	117
Ricoveri	11	10	5	26	23	29	47	35

Tab. 1 - Numero di accessi in PS pediatrico, Ospedale Maggiore, di minorenni con diagnosi psichiatriche vs ricoveri per anno. Fonte: Flusso informativo aziendale.

Anno	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (fino a 30/09)	Tot. periodo
M	3	22	11	12	12	20	80
F	6	36	25	30	41	52	190
Tot.	9	58	36	42	53	72	270
Età media	14,09	14,1	14,2	14,5	14,3	15,1	14,38

Tab. 2 - Ricoveri in UOC Pediatria Ospedale Maggiore di minorenni con diagnosi psichiatriche per anno.
Fonte: Flusso informativo aziendale.

dimostrano una maggiore gravità dei quadri clinici, dall'altro, possono essere spiegati da una selezione accurata dei pazienti da parte del servizio territoriale, che porta a ricovero casi ben studiati e che non riescono ad essere gestiti a domicilio o sul territorio.

Per ciò che riguarda il rapporto maschi/femmine, vi è una prevalenza del genere femminile, come mostra la Tab. 2. I dati, disponibili dal 2020, mostrano che la % di pazienti femmine va dal 66,6 del 2020 al 72,2 del 2025 (Tab. 2). Il motivo di questo gap di genere è multifattoriale in quanto predisposizione genetica, stile di *parenting*, dinamiche interne al gruppo dei pari e stato socioeconomico agiscono congiuntamente sull'*outcome* (Piotrowska et al., 2015). L'età media dei minori ricoverati presso la nostra Struttura è piuttosto stabile, con lieve incremento nell'ultimo anno (Tab. 2).

Per quanto concerne la tipologia di patologia psichiatrica, i disturbi d'ansia sono i più rappresentati tra i ricoveri in pediatria con una netta prevalenza dei disturbi

internalizzanti rispetto a quelli esternalizzanti (Fig. 3). Rispetto al trend delle diagnosi potrebbe essere utile specificare che, mentre nel periodo pre-pandemico prevalevano i ricoveri per DCA, successivamente sono stati diagnosticati maggiormente disturbi d'ansia e depressione. Nel corso del periodo di studio, presso la nostra struttura abbiamo assistito a due tentati suicidi in reparto: un tentativo di impiccagione in bagno e un tentativo di precipitazione dalla finestra, entrambi prontamente sventati dall'intervento immediato del personale sanitario.

3.1. Criticità, azioni di miglioramento

L'aumento tanto degli accessi quanto dei ricoveri ha seguito, soprattutto nel periodo post-pandemico un andamento esponenziale. La fascia d'età più colpita si conferma essere quella adolescenziale, con una prevalenza femminile, ed età media stabile intorno ai 14 anni. Le diagnosi più diffuse sono Disturbi d'ansia e DCA con un aumento rilevante degli agiti

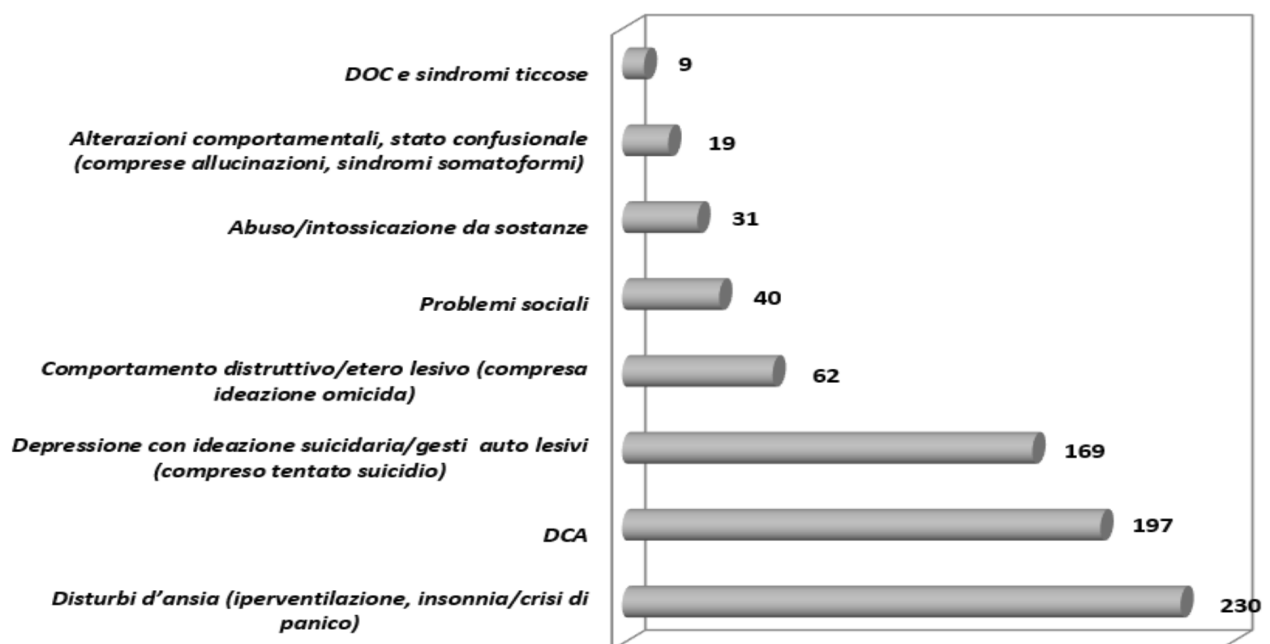


Fig. 3 - Diagnosi di ricovero dei minori ricoverati per psicopatologia (2020-2025). UOC Pediatria Ospedale Maggiore.
Fonte: Flusso informativo aziendale.

autolesivi. Nonostante i minori con psicopatologia siano accolti in una UO per acuti non specifica per le loro problematiche, l'intervento integrato internistico, psichiatrico, sociale ed educativo in ospedale sembra dare buoni risultati in termini di mortalità e di recupero. Questa esperienza è da considerarsi, comunque, una fase "ponte" tra la Pediatria e una nuova struttura dedicata ai minori con patologia psichiatrica che l'AUSL di Bologna ha creato e che sarà operativa da Dicembre 2025, in ottemperanza alle indicazioni della SINPIA.

4. I ricoveri dei minorenni negli SPDC del DSM-DP di Bologna

Il ricovero in SPDC è riservato a casi di scompenso psichico acuto per i quali non sia indicata o possibile la cura domiciliare e/o l'inserimento in *day hospital*. Il ricovero di un minorenne costituisce sempre un evento critico per un SPDC e i 3 "diagnosi e cura" del DSM-DP di Bologna aspirano a gestire sinergicamente i ricoveri complessi o non appropriati (minori, detenuti, pazienti affetti da disabilità intellettive). L'afferenza territoriale è il principale criterio di attribuzione di un paziente minorenne ma, in caso di più ricoveri critici in contemporanea, essi vengono distribuiti equamente tra i vari reparti. A tal proposito, è stata di recente approvata una procedura interaziendale sulla funzione del team di *bed management* psichiatrico (Procedura Interaziendale P-INT 70.). La PPEE svolge un ruolo di progettazione e regolare consulenza clinica nel corso di gran parte dei ricoveri negli SPDC. Un terzo circa dei pazienti è in cura anche alla neuropsichiatria territoriale che collabora alla progettualità terapeutico-riabilitativa e, in casi meno urgenti, richiede direttamente il ricovero. In base all'età del/della paziente e del percorso previsto, anche gli operatori del Centro di Salute Mentale di riferimento vengono coinvolti per un'eventuale presa in carico congiunta. Per ogni minorenne seguito dalla neuropsichiatria del DSM-DP, viene impostato un progetto educativo personalizzato tramite l'impiego di risorse afferenti alla PPEE o ai Servizi Sociali che hanno in carico il paziente. A seconda degli aspetti strutturali del reparto e di quelli clinici, viene riservata una stanza da condividere con l'accompagnatore e

si valuta l'opportunità, qualora possibile, di attivare personale assistenziale aggiuntivo (tutto ciò è sistematizzato nell'istruzione operativa dipartimentale, attualmente in aggiornamento (IO18DSMDP, 2022).

Per quanto riguarda l'analisi quantitativa, come si evince dalla Tabella 3, accedono agli SPDC adolescenti con età media superiore (16,47 anni vs 14,38) e in percentuale meno pazienti di genere femminile (70, 37% vs 57,67%) rispetto alla Pediatria.

Va comunque notato che la proporzione di ragazze ricoverate sul totale è largamente prevalente anche in SPDC ed in aumento nel corso del periodo di osservazione. La composizione diagnostica (Tab. 4) rivela una larga prevalenza dei disturbi di personalità e della condotta, il che potrebbe essere dovuto a un inquadramento psicopatologico differente rispetto all'età pediatrica: condizioni come DCA o disturbi d'ansia potrebbero essere ricondotte ad un'organizzazione personologica disfunzionale maggiormente strutturata. D'altro canto, i quadri psicopatologici che arrivano al ricovero in SPDC potrebbero essere quelli maggiormente caratterizzati da comportamenti a rischio, riconducibili, almeno in prima istanza, ad un disturbo di personalità o della condotta.

I ricoveri dei minorenni in SPDC erano in aumento già prima della pandemia di Covid-19 e hanno visto una riduzione durante i mesi in cui vigevano le misure preventive il contagio. In linea con quanto descritto dalla letteratura scientifica (Marin et al., 2023), si è osservato un notevole aumento dei ricoveri dopo la pandemia (Fig. 4). Recentemente, i ricoveri dei minori in SPDC mostrano una riduzione, allineandosi ai valori pre-pandemici. Questo potrebbe essere dovuto ad una serie di fattori tra cui: il potenziamento dei servizi rivolti ai minori con psicopatologia come l'apertura del Centro Diurno per l'età evolutiva in via dell'Osservanza (Marzo 2024); l'aumento dei ricoveri di minori con psicopatologia in pediatria (aumento anche percentuale rispetto agli accessi in PS pediatrico per problematiche di natura psichiatrica).

Rispetto ai dati sui *revolving door*, risulta evidente dalla tabella 5 che il ricovero in psichiatria non è più riservato ai casi complessi che vengono ricoverati spesso ma è un

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Tot
Numero ricoveri	20	28	12	23	21	43	20	167
Età media	16,39	16,69	16,36	16,51	16,40	16,42	16,53	16,47
Degenza media (giorni)	14,8	9,25	6,8	10,7	8,29	13,70	10,6	10,59
Sesso (% F)	20	42,8	83,3	43,8	71,4	74,4	68	57,67

Tab. 3. Ricoveri di minorenni negli SPDC Ausl Bologna per anno.
Fonte: Flusso informativo aziendale.

	SPDC Ottonello	SPDC Malpighi	SPDC S. Giovanni in Persiceto	Tot.
Disturbi della personalità o della condotta	42(68,9%)	12(27,9%)	34(53,9%)	88 (52,7%)
Psicosi non Affettive	9(14,8%)	7(16,3%)	11(17,5 %)	27 (16,2%)
Disturbo Bipolare	0	0	1(1,6%)	1(0,6%)
Depressione Maggiore	1(1,6%)	5(11,6%)	2(3,6%)	8(4,8%)
Disturbi d'ansia e dell'adattamento	5(8,2%)	9(20,9%)	10(15,9%)	24 (14,4%)
Disturbi del Comportamento Alimentare	1(1,6%)	0	0	1(0,6%)
Disturbo Ossessivo-Compulsivo	0	0	1(1,6%)	1(0,6%)
Disturbo Post-Traumatico da Stress	0	3(6,9%)	0	3(1,8%)
Disturbi del Neurosviluppo e Disabilità Cognitive	2(3,3%)	5(11,6%)	2(3,6%)	9(5,4%)
Disturbo da uso di sostanze primario	1(1,6%)	2(4,7%)	1(1,6%)	4(2,4%)
Nessuna diagnosi	0	0	1(1,6%)	1(0,6%)

Tab. 4 - Diagnosi di minorenni ricoverati negli SPDC Asl Bologna dal 2018 al 2024. Fonte: flusso informativo aziendale.

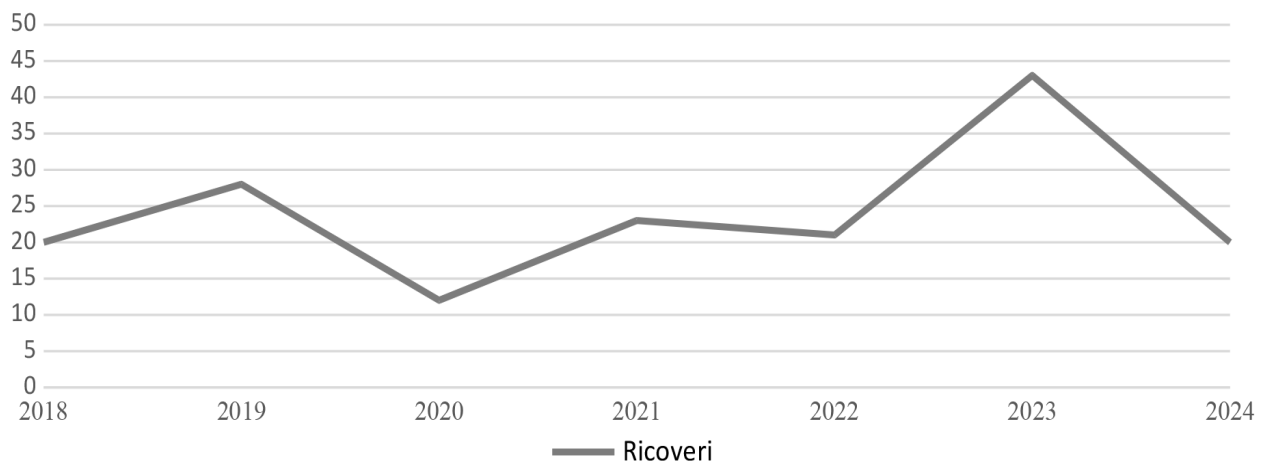


Fig. 4 - Ricoveri di minorenni negli SPDC Asl Bologna per anno. Fonte: flusso informativo aziendale.

fenomeno abbastanza diffuso. Tuttavia, è interessante che 20 pazienti classificabili come *revolving door*, abbiano subito il 36% circa dei ricoveri dal 2018 al 2024, con una degenza mediamente più lunga rispetto agli altri adolescenti,

raggiungendo il 46% delle giornate totali di degenza. Al fine di prevenire esiti infausti e ridurre il ricorso al ricovero, sarebbe utile che futuri approfondimenti indaghino quali vulnerabilità (sociali, cliniche) contraddistinguono questa

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Tot.
Numero	6	6	3	3	3	7	3	20 (28)
Numero ricoveri	10	11	5	5	5	20	5	61
Degenza media	24,20	11,90	4,80	20,80	12,6	15	12,8	14,58
% di giornate di degenza sul tot	82,03	50,57	29,27	41,9	36,20	48,47	36,16	46,38
Età media	17,58	16,22	17,40	15,89	15,45	16,36	16,81	16,53
Sesso (% F)	16,6	50	66,67	66,67	100	71,43	66,67	62,58

Tab. 5 - Ricoveri di minori negli SPDC Asl Bologna per anno. Revolving door (almeno 2 ricoveri in 12 mesi). Fonte: flusso informativo aziendale.

sottopopolazione di minori che necessitano di ricoveri ripetuti.

4.1. Criticità

Il ricovero costituisce, ancora oggi, nei servizi di salute mentale di comunità, un momento importante per la cura delle fasi acute di un disturbo psichico. L'aumento della necessità di cura osservato negli ultimi anni ha fatto sì che l'SPDC svolgesse sempre più di frequente tale funzione anche per i minorenni, consentendo l'accoglienza degli adolescenti che necessitano di monitoraggio clinico continuo e contenimento ambientale in un luogo di cura intensivo. Recenti evidenze neuroscientifiche ed epidemiologiche indicano che la gran parte dei disturbi psichici esordiscono tra i 12 e i 25 anni e che i sistemi di cura dovrebbero stabilire una continuità degli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione in questa fase critica dello sviluppo (Uhlhaas et al., 2023). Alla luce di ciò, il ricovero in SPDC potrebbe essere funzionale ad un miglior inquadramento delle manifestazioni psicopatologiche precoci nonché all'integrazione dei servizi che, talvolta, tendono ad avere un approccio autoreferenziale.

Tuttavia, bisogna considerare che un ambiente di cura per adulti risulta spesso inappropriato per un minorenne. Innanzitutto, le attività e la routine quotidiana di un SPDC spesso non rispecchiano le esigenze degli adolescenti. Ulteriore preoccupazione è il possibile rischio di emulazione di comportamenti disfunzionali, appresi nel corso della degenza a seguito del contatto con dei pari o giovani adulti affetti da un disturbo cronico (Whiten et al., 2016). Sul piano clinico va notato che, nel corso del ricovero, è richiesto ai genitori o ai parenti stretti, di svolgere un ruolo di sorveglianza e supporto. Questo implica che spesso gli adolescenti ricoverati condividano spazi e tempi con il familiare-*caregiver*, con il quale possono protrarsi dinamiche relazionali disfunzionali connaturate al disturbo psichico che ha motivato il ricovero. Il rischio è che la degenza finisca per creare prossimità piuttosto che discontinuità con un fattore scatenante; quando, in molti casi, potrebbe essere utile un reciproco "solievo relazionale". Sul piano medico-legale, nel corso degli ultimi anni, sempre maggiore attenzione è devoluta ai temi della sicurezza dei luoghi di cura e della responsabilità del professionista sanitario, anche e soprattutto nell'ambito della salute mentale (Dodaro, 2021). Ragazzi e ragazze minori sono ospiti particolarmente fragili in un contesto di acuzie per adulti con conseguenti sollecitazioni sul piano della responsabilità e dell'impegno professionali da parte degli operatori al fine della loro tutela.

Conclusioni

I dati raccolti nell'ambito della città metropolitana di Bologna confermano i trend epidemiologici rilevati dalla letteratura internazionale di aumento di situazioni urgenti di psicopatologia adolescenziale che richiedono un ricovero. Nell'articolo sono descritte riflessioni, soluzioni organizzative, logistiche e trattamentali che sono state elaborate nel tempo e introdotte per dare una risposta il più possibile adeguata ai ricoveri di minori negli attuali setting dei Reparti di Pediatria ed SPDC di Bologna.

La corresponsabilità e la condivisione multiprofessionale dei casi con la consulenza specialistica PPEE, l'intervento educativo e la costruzione dei progetti di cura in rete coi servizi territoriali di NPIA e Sociali, uniti all'implementazione di nuovi servizi come il Centro Diurno, forniscono elementi di appropriatezza ed efficacia. Rimangono diverse criticità da affrontare riguardanti in particolare alcune casistiche specifiche come in minorenni con quadri misti di psicopatologia ed uso di sostanze ed i minori stranieri non accompagnati.

Il nuovo reparto di ricovero per adolescenti con psicopatologia dovrà tenere conto di queste criticità e valorizzare la collaborazione multidisciplinare mutuata negli anni. Sarà importante predisporre ambienti adeguati e una limitazione della presenza genitoriale, l'approccio educativo dovrebbe essere centrale nell'organizzazione delle cure.

Co-autori

Lia Gamberini, *Neuropsichiatria, PPEE, DSM-DP/Ausl Bologna*

Marzia Malaguti, *PPEE, DSM-DP/Ausl Bologna*

Francesca Lombardi, *Pediatria, UOC Pediatria/Ausl Bologna*

Stefano Costa, *Neuropsichiatria, PPEE, DSM-DP/Ausl Bologna*

Bibliografia

- Bommersbach T.J., McKean A.J., Olsson M., Rhee T.G., 2023. *National Trends in Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Youth, 2011-2020*. JAMA 329, 1469-1477. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.4809>
- Dodaro G., 2021. *Usa dei mezzi meccanici di contenzione e responsabilità penale del sanitario*. IT.
- Federazione Italiana delle Associazioni e delle Società Scientifiche dell'Area Pediatrica, FIARPED, 2023. *Bambini in ospedale, mai più ricoverati in reparti per adulti*.
- Fonseca Barbosa J., Gama Marques J., 2023. *The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review*. Int J Soc Psychiatry 69, 1075-1089. <https://doi.org/10.1177/00207640221143282>
- Garante Infanzia, 2025. URL <https://www.garanteinfanzia.org/-pubblicazioni/> (accessed 12.11.25).
- IO18DSMDP, 2022. Istruzione Operativa IO18DSMDP Ricovero minori in urgenza o programmato presso strutture di ricovero del DSM-DP. Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e DATeR AUSL Bologna.
- Keeley B., 2021. *The State of the World's Children 2021: On My Mind—Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health*. UNICEF.
- Marin D., Di Gennaro G., Baracetti M., Zanetti R., Balestrieri M., Cogo P., Colizzi M., 2023. *Confirmation of increased and more severe adolescent mental health-related in-patient admissions in the COVID-19 pandemic aftermath: A 2-year follow-up study*. Psychiatry Research Communications 3, 100119. <https://doi.org/10.1016/j.psychom.2023.100119/>.
- Petrucelli M.G., Marzulli L., Colacicco G., Tarantino F., Furente F., Gabellone A., Margari L., Matera E., 2024. *Adolescent Mental Health: A Focus on Psychiatric Counseling from the Emergency Room of an Italian University Hospital in the Five Years from 2019 to 2023*. Eur J Investig Health Psychol Educ 14, 1248-1259. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14050082/>.
- Piotrowska P.J., Stride C.B., Croft S.E., Rowe R., 2015. *Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis*. Clin Psychol Rev 35, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.11.003/>.
- Procedura Interaziendale P-INT 70. STRUTTURA E FUNZIONAMENTO DEL TEAM DI BED MANAGEMENT PSICHIATRICO "TBMP. DSMDP e DATeR, Ausl Bologna, n.d.
- Puntoni M., Caminiti C., Maglietta G., Lanari M., Biasucci G., Suppiej A., Marchetti F., De Fanti A., Caramelli F., Iughetti L., Ghizzi C., Valletta E., Vergine G., Stella M., Campana B., Fainardi V., Deolmi M., Esposito S., *Emilia-Romagna Paediatric COVID-19 Network, 2025. Pediatric healthcare service utilization after the end of COVID-19 state of emergency in Northern Italy: a 6-year quasi-experimental study using interrupted time-series analysis*. Front Public Health 13, 1575047. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1575047/>.
- Rapporto Bes, 2021. URL <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2021-il-benessere-equivo-e-sostenibile-in-italia/> (accessed 10.28.25).
- Saidinejad M., Duffy S., Wallin D., Hoffmann J.A., Joseph M.M., Uhlenbrock J.S., Brown K., Waseem M., Snow S., Andrew M., Kuo A.A., Sulton C., Chun T., Lee L.K., AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Pediatric Emergency Medicine, AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS Pediatric Emergency Medicine Committee, EMERGENCY NURSES ASSOCIATION Pediatric Committee, 2023. *The Management of Children and Youth With Pediatric Mental and Behavioral Health Emergencies*. Pediatrics 152, e2023063255. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063255/>.
- SINPIA, 2023. *Salute mentale di bambini e adolescenti: l'allarme dei Neuropsichiatri Infantili (SINPIA): "Bisogna intervenire in età evolutiva"*.
- Uhlhaas P.J., Davey C.G., Mehta U.M., Shah J., Torous J., Allen N.B., Avenevoli S., Bella-Awusah T., Chanan A., Chen E.Y.H., Correll C.U., Do K.Q., Fisher H.L., Frangou S., Hickie I.B., Keshavan M.S., Konrad K., Lee F.S., Liu C.H., Luna B., McGorry P.D., Meyer-Lindenberg A., Nordentoft M., Öngür D., Patton G.C., Paus T., Reininghaus U., Sawa A., Schoenbaum M., Schumann G., Srihari

- V.H., Susser E., Verma S.K., Woo T.W., Yang L.H., Yung A.R., Wood S.J., 2023. *Towards a youth mental health paradigm: a perspective and roadmap*. Mol Psychiatry 28, 3171-3181. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02202-z/>.
- Walder M., Frigerio A., Preda C.E., Albizzati A., Lenti C., Molteni M., 2008. *Studio della prevalenza a Milano dei disturbi psicopatologici in preadolescenza: progetto "PRISMA"*.
- Whiten A., Allan G., Devlin S., Kseib N., Raw N., McGuigan N., 2016. *Social Learning in the Real-World: 'Over-Imitation' Occurs in Both Children and Adults Unaware of Participation in an Experiment and Independently of Social Interaction*. PLOS ONE 11, e0159920. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159920/>.

Il PDTA Lausanne Trilogue Play

Un modello di prevenzione e trattamento degli psicotraumatismi nella prima infanzia nell'AUSL di Modena

Daniele Di Girolamo, Luisa Lombardi,
Federica Ronchetti, Francesca Ferretti,
Federica Benatti, Laura Cattani,
Eleonora Manzotti, Graziella Pirani

ABSTRACT

Il contributo descrive l'esperienza del percorso clinico-assistenziale di osservazione delle relazioni familiari attraverso l'applicazione del Lousanne Trilogue Play (PDTA-LTP) dell'AUSL di Modena, un modello integrato sistemico e trauma-informed care (TIC) di prevenzione secondaria dei disturbi relazionali nella prima infanzia. Basato su LTP e video-feedback, il protocollo (pubblicato su Q-SAN 2017; Rev.1 2019) è inserito nei percorsi di integrazione diagnostica nei casi complessi dell'équipe di secondo livello (ESL) a supporto delle équipe territoriali integrate (ETI) del sistema tutela delle persone di minore età. Consente una valutazione precoce delle relazioni familiari e co-genitoriali, favorendo l'intercettazione dei rischi evolutivi e la presa in carico condivisa. Coerente con la missione del Dipartimento dell'Integrazione e con le linee guida WHO /NICE e DM 77, valorizza la rete socio-sanitaria-educativa.

Introduzione

Nel campo della psicotraumatologia infantile è ampiamente riconosciuto che l'impatto degli eventi traumatici non dipende solo dalle caratteristiche dello stressor o dal profilo individuale del bambino, ma trova un determinante fattore di mediazione nella qualità del sistema di caregiving (Stover & Keeshin, 2018; RER, Quad. Professionista, 2021). I legami di attaccamento, la relazione co genitoriale e la coesione familiare rappresentano variabili cruciali nel modulare gli esiti a breve e lungo termine del trauma (Bergsund H.B. et al., 2023). Il lavoro valuta le ricadute cliniche-organizzative del PDTA-LTP (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999) come dispositivo sanitario di prevenzione secondaria nella fascia 0-5 anni. Il modello di valutazione e consulenza proposto fondato su un approccio sistemico e trauma-informed care, si rivolge a minori esposti ad Adverse Childhood Experiences (ACE) [1] in nuclei

Note

- 1 Le ACE (Adverse Childhood Experiences) indicano esperienze sfavorevoli vissute nell'infanzia – come maltrattamenti, trascuratezza o disfunzioni familiari – che, se non intercettate, possono compromettere lo sviluppo emotivo, cognitivo e fisico, aumentando il rischio di disturbi psichici e somatici in età adulta.

Rif.
Daniele Di Girolamo, Psicologo, psicoterapeuta,
Specialista in Psicologia Clinica. Dirigente psicologo UOS Psicologia
Clinica Minori e Famiglie, Dip. dell'Integrazione AUSL Modena
347 3494142
d.digirolamo@ausl.mo.it

con vulnerabilità psicosociali per leggere profili relazionali diadici e triadici connessi a rischio evolutivo, costruire alleanze progettuali e individuare percorsi di cura e sostegno (sanitari, educativi e sociali) rafforzando l'integrazione tra Psicologia Clinica e di Comunità (PCC), Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza (NPIA) e Servizi Sociali Territoriali-Area Minori (SST-AM).

1. Psicotraumatologia della prima infanzia e approccio interdisciplinare

Le evidenze neurobiologiche mostrano che l'esposizione precoce a eventi traumatici e relazioni disorganizzanti può alterare la maturazione dei circuiti limbico-prefrontali deputati alla regolazione dello stress e delle emozioni, con effetti sulle competenze cognitive e relazionali del bambino (Teicher & Samson, 2016; Stover & Keeshin, 2018; AAP, 2021; WHO, 2023). Intervenire sul sistema di caregiving consente non solo di rafforzare la rete primaria di protezione del minore, ma anche di sostenere le risorse psicologiche dei caregiver, migliorandone la capacità di coping e di regolazione emotiva e promuovendo processi trasformativi nell'identità genitoriale.

La risposta infantile al trauma può manifestarsi lungo un continuum che va da forme di elaborazione adattiva, a situazioni di compensazione somatica o di deriva psicopatologica e dello sviluppo. Per riconoscere e trattare queste diverse traiettorie post-traumatiche è necessario un assetto di presa in carico interdisciplinare e integrato, capace di valorizzare la collaborazione tra area sanitaria, sociale ed educativa, in particolare nella fascia 0-5 anni.

2. Valutazione clinica degli stili relazionali genitoriali e co-genitoriali

La *valutazione clinica degli stili relazionali genitoriali* si basa sull'osservazione delle dinamiche triadiche e diadiche che caratterizzano il sistema familiare. Il *Lausanne Triologue Play* (LTP) consente di analizzare le interazioni triadiche madre-padre-bambino in quattro configurazioni relazionali, valutando, attraverso la *Family Alliance Assessment Scale* (FAAS 6.4: Scaiola et al., 2013), il tipo di alleanza familiare. Viene valutata la qualità della coesione triadica genitore-genitore-bambino. I profili prevalenti (cooperativo, conflittuale, disorganizzato) sono stati assegnati da osservatori formati secondo criteri codificati, considerando quattro dimensioni: partecipazione, organizzazione, focalizzazione e contatto affettivo. L'osservazione permette di individuare risorse e vulnerabilità legate ai processi di co-genitorialità, regolazione affettiva e coordinazione intersoggettiva precoce.

Il modello di valutazione e consulenza è stato successivamente ampliato con strumenti di analisi diadica come il

Parent-Infant Relation Assessment Tool (PIRAT: Broughton et al., 2009) e con indicatori derivati dalle classificazioni *DC:0-5* (Klaehn, 2018) e *PDM-2* (Speranza & Mayes, 2017), che permettono di approfondire la qualità del caregiving e la responsività genitoriale nei contesti ad alto rischio psicosociale. Questa integrazione consente di cogliere la differenza tra lo stile genitoriale individuale e quello co-genitoriale, particolarmente rilevante nei casi di *trauma interpersonale*, dove risorse e criticità possono manifestarsi in modo divergente nei due livelli relazionali.

3. Modello di consulenza a sostegno delle funzioni parentali e co-genitoriali in famiglie a rischio psicosociale

Fisicamente collocato nella Casa della Comunità, il PDTA-LTP è un dispositivo specialistico rivolto a minori (0-18 anni) seguiti dai servizi territoriali su mandato dell'Autorità Giudiziaria (Procura, Tribunale Ordinario o Tribunale per i Minorenni). L'attivazione avviene su richiesta dello psicologo dell'équipe psicosociale, composta da assistente sociale, psicologo ed educatore, che invia il caso al referente di Area per l'analisi di eleggibilità. Quando sussistono i criteri di accesso, viene avviata una presa in carico che comprende: valutazione strutturata, restituzione con video-feedback e report consultivo con ipotesi diagnostiche e proposte operative condivise con l'équipe inviante, coerenti con le risorse territoriali attivabili (Fig. 1).

Dal 2024, con la formalizzazione dell'Equipe di Secondo Livello, il dispositivo è stato inserito tra i percorsi di integrazione diagnostica psicologica previsti dall'Art. 6.3 della DGR 1627/2021.

Il processo consulenziale si articola in tre fasi: valutazione, intervento e follow-up (18-24 mesi) (Fig. 2).

Il percorso consulenziale rappresenta un'occasione per consolidare un'alleanza operativa tra famiglia, sistema curante e Magistratura, affinché questa si fondi su una visione condivisa del benessere e dello sviluppo del bambino nel suo contesto di accudimento.

4. Il video-feedback come attivatore di processi riflessivi

Il video-feedback è una metodologia clinica centrata sull'uso di brevi registrazioni video di interazioni genitore/i-bambino, che vengono successivamente riviste con i caregiver allo scopo di promuovere consapevolezza, riflessività e competenze relazionali. Il processo prevede la visione congiunta di sequenze, che mostrano criticità e risorse desumibili da micro-comportamenti di sintonizzazione, regolazione affettiva e cooperazione/conflitto sia rispetto a dinamiche triadiche che diadiche.

Condotta dal clinico esperto, alla presenza dello psicologo dell'équipe curante e, se opportuno, di altri operatori (educatore, assistente sociale), la sessione di restituzione

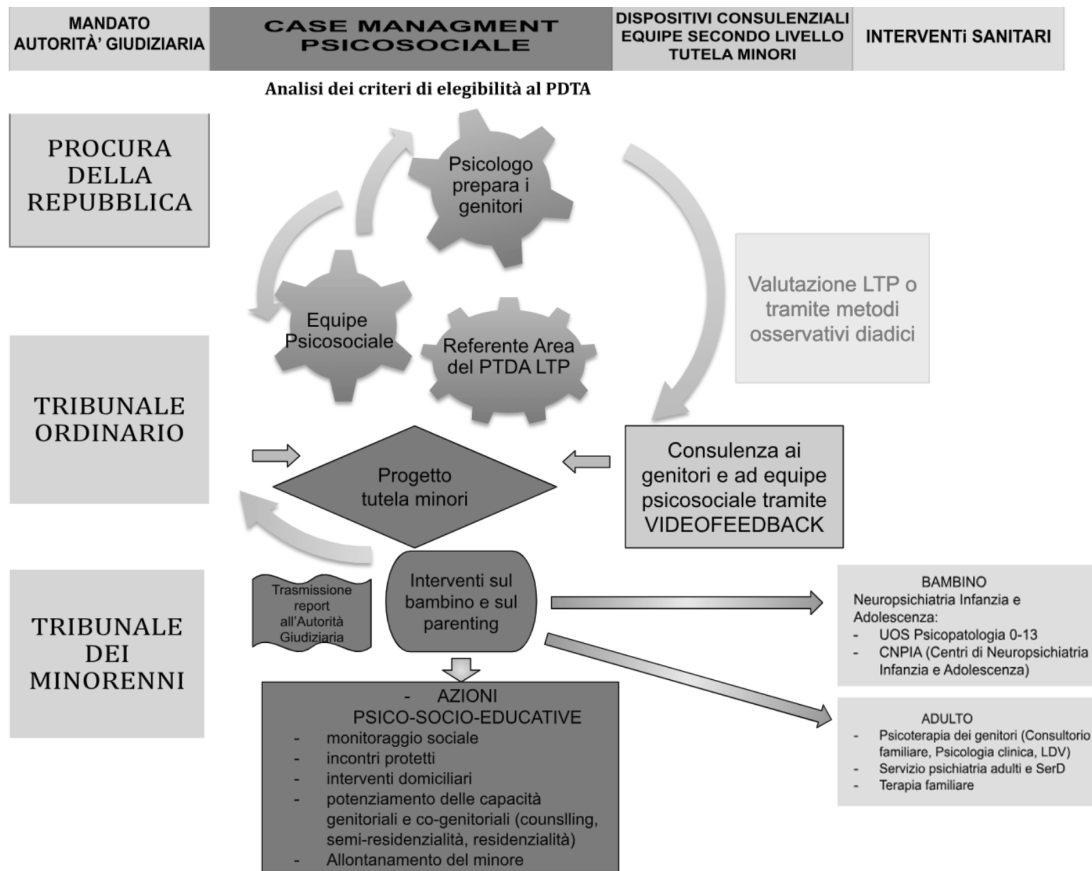


Fig. 1 - PDTA-LTP e Sistema Tutela Minori.

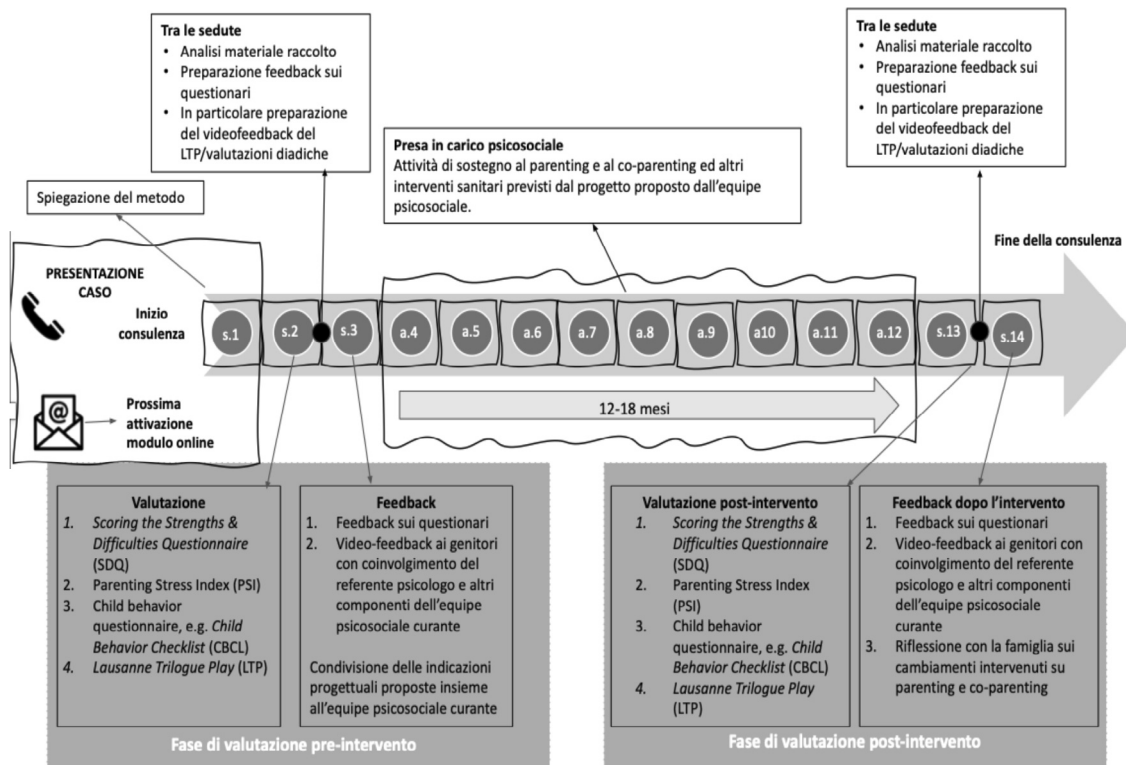


Fig. 2 - Framing the Work del processo valutativo consulenziale tramite PDTA LTP.

tramite video-feedback integra la funzione conoscitiva della valutazione con quella motivazionale e trasformativa. Il momento del video-feedback rappresenta per genitori e operatori un'esperienza di rielaborazione condivisa dell'osservazione.

L'efficacia dell'intervento dipende molto dal clinico, in particolare dalla competenza nel selezionare le sequenze più significative, dalla sensibilità nella gestione delle emozioni evocate (vergogna, colpa, difesa) e dalla capacità di creare un setting validante i genitori che garantisca contenimento e sicurezza. La visione condivisa facilita l'empatia e la comprensione dell'esperienza del bambino, trasformando l'osservazione in riconoscimento emotivo.

A livello internazionale, diversi modelli evidence-based (VIPP-SD, *Circle of Security*, *Interaction Guidance*, *Lausanne Trilogue Play*) hanno dimostrato l'efficacia del video-feedback nel potenziare la funzione riflessiva genitoriale e nel favorire il cambiamento relazionale (Rusconi-Serpa et al., 2009). Nella nostra esperienza, se ben condotto, il video-feedback diventa un catalizzatore di insight e un potente stimolo trasformativo, anche in nuclei familiari con elevato rischio psicosociale o funzionamenti difensivi rigidi.

5. Epidemiologia del maltrattamento nella prima infanzia: tra invisibilità e necessità di intervento precoce

I dati SISAM-ER 2018 (RER, Quad. Professionista, 2021) indicano che solo il 17,5% dei casi di maltrattamento rilevati riguarda bambini nella fascia 0-5 anni. Tuttavia, diversi studi e meta-analisi, pur con differenze metodologiche, suggeriscono che la prevalenza cumulativa di esperienze avverse nei primi anni di vita possa avvicinarsi o superare il 30% nei

contesti ad alto rischio, specialmente in assenza di sistemi di protezione e di diagnosi precoce efficaci (Stoltenborgh et al., 2015; WHO, 2023).

Questo scarto significativo tra prevalenza attesa e rilevata evidenzia una zona di invisibilità diagnostica, dovuta alla minore visibilità sociale dei bambini piccoli, alla limitata verbalizzazione del disagio e all'assenza di indicatori comportamentali evidenti nelle prime fasi evolutive.

Nei Paesi industrializzati, il maltrattamento rappresenta la terza causa di morte tra 1 e 4 anni (Moody et al., 2018), e i bambini 0-4 anni presentano un rischio di abuso e trascuratezza doppio rispetto ai minori più grandi, per ragioni legate sia alla dipendenza fisica e affettiva, sia alla scarsa attivazione dei sistemi di sorveglianza (educativo, sanitario, sociale).

In tale contesto, gli organismi internazionali raccomandano lo sviluppo di servizi di prevenzione precoce, capaci di riconoscere precocemente segnali di rischio e di attivare percorsi integrati di sostegno. L'esperienza dell'AUSL di Modena con il PDTA-LTP ha mostrato una maggiore capacità di rilevare situazioni a rischio evolutivo nella fascia 0-5 anni, con una media del 58% dei casi intercettati, rispetto al 39.7% dei casi NPIA con diagnosi compatibili con ACE (Tab. 1). Questa maggiore *sensibilità* è attribuibile sia alla collocazione del PDTA LTP all'interno della rete di sorveglianza psicosociale della tutela del minore con la sua potenzialità di attivare percorsi integrati (Fig. 1) in coerenza con la missione del Dip. dell'Integrazione e con le linee guida (WHO, 2023; NICE, 2018), sia alla natura relazionale e osservativa del modello, che consente l'intercettazione precoce di segnali di disfunzione interattiva e la costruzione di percorsi condivisi di cura.

Anno	Nuovi accessi al PDTA LTP(n)	Bambini 0-5 anni n (%)	Nuovi accessi al CNPIA(n)	Bambini 0-5 anni n (%)
2018	40	20 (50%)	1793	706 (39.3%)
2019	45	22 (48.8%)	1808	655 (36.2%)
2020	28	19 (67.8%)	1297	547 (42.1%)
2021	36	20 (55.5%)	1705	689 (40.4%)
2022	40	28 (70%)	1713	730 (42.6%)
2023	63	38 (47.6%)	1748	712 (40.7%)
2024	57	39 (68.4%)	1737	638 (36.8%)
TOT	309	186	11801	4677
Medie	44.1	58.3%	1685.9	39.7%

Tab. 1 - Incidenza di bambini nella fascia 0-5 anni che hanno fatto accesso al PDTA LTP (2018-2024) confrontata con il flusso di nuovi accessi alla UOC NPIA per diagnosi compatibili con ACE in età precoce.

Le analisi sui flussi di accessi (Tabella 2) nel periodo considerato (2018-2024) si riferiscono a una sottocoorte (N=186) di bambini nella fascia 0-60 mesi selezionati dal flusso complessivo di accessi al PDTA-LTP (N=309). Sono stati inclusi i re-ingressi ed esclusi i follow up previsti dal PDTA al fine di confrontare il dato aggregato percentuale (58.3%) con i nuovi accessi al Settore NPIA (39,7%).

6. Dalla relazione diadica alla co-genitorialità: profili relazionali e intensità dell'intervento nei nuclei a rischio psicosociale

Nel campo della prevenzione secondaria 0-5 anni, la prospettiva TIC come indicato dall'*American Academy of Pediatrics* (AAP) promuove ambienti di cura sicuri e regolativi (Forkey et al., 2021), in accordo con le linee guida internazionali che raccomandano interventi precoci centrati sulla relazione genitore-bambino, come la *Child-Parent Psychotherapy* e i programmi domiciliari di sostegno alla genitorialità. Le review *Cochrane* (Barlow et al., 2016) e *PLOS Medicine* (Jeong et al., 2021) confermano l'efficacia di approcci diadici e relazionali nel migliorare la sensibilità genitoriale, la regolazione emotiva e lo sviluppo socio-cognitivo del bambino. Il modello co-parentale di McHale et al. (2023) amplia il focus clinico dal diadico al triadico, valorizzando la cooperazione e la consapevolezza co-genitoriale come risorsa primaria di prevenzione. Tali evidenze convergono con la

prospettiva relazionale proposta da Facompré et al. (2018), secondo cui gli interventi focalizzati su sensibilità, responsività e riflessività genitoriale producono benefici duraturi sui precursori del maltrattamento oltre che sui processi di regolazione del bambino.

In un precedente studio (Foddì et al., 2023) sono stati definiti tre livelli di intensità dei progetti psicosociali (stratificazione del bisogno assistenziale): A. *bassa* (interventi brevi e mirati su famiglie a rischio contenuto o con buona resilienza); B. *media* (interventi integrati su nuclei con rischio moderato e prognosi favorevole) e C. *alta* (interventi multidisciplinari prolungati su famiglie ad alto rischio e scarsa presenza di fattori protettivi). Nel presente lavoro è stato attribuito a ciascuna famiglia un punteggio cumulativo ex post, proporzionale al numero e alla complessità degli interventi realizzati nei 18 mesi successivi alla valutazione LTP, considerando una finestra temporale così ampia per rappresentare la variabilità territoriale e la natura non manualizzata degli interventi reali.

Categoria		Frequenza assoluta (n)	Percentuale (%)	Intensità interventi psicosociali e socio educativi attivati (% A,B e C)	Accessi NPIA (%)
TIPOLOGIA DI ALLEANZA FAMILIARE PREVALENTE (età minori 0-60 mesi)	Alleanza cooperativa (fluida/ tensionale)	46	43%	A=48% B=28% C=24%	Sì=33% No=67%
	Alleanza conflittuale (coperta/ aperta)	11	10%	A=27% B=55% C=18%	Sì=45% No=55%
	Alleanza disorganizzata esclusiva	27	25%	A=37% B=26% C=37%	Sì=44% No=56%
	Alleanza disorganizzata caotica	22	21%	A=68% B=9% C=23%	Sì=45% No=55%
TIPOLOGIA DI RELAZIONI A RISCHIO EVIDENZIATI CON PIRAT (età minori 0-30 mesi)	Profilo relazionale a rischio (caregiver ostile/spaventante/controllante /dissociativo/evitante/mancanza di piacere bambino passivo aggressivo o inibito/spaventato /disconnesso /evitante/aggrappante /mancanza di piacere)	17	48%	A= 35.1% B= 35.3% C= 29.6%	Sì= 29.4% No=70.6%
	Nessun rischio rilevato	18	51%	A=56% B=17% C=28%	Sì=28% No=72%

Tab. 2 - Profilo di rischio relazionale, intensità interventi psicosociali ed accesso in NPIA.

L'analisi descrittiva di Tabella 2 si basa su una sottocoorte di 150 minori 0-60 mesi, selezionati dagli accessi al PDTA-LTP. Sono stati esclusi re-ingressi e casi con documentazione incompleta; i livelli A, B, C derivano dal modello di stratificazione degli interventi psicosociali proposto da Foddì et al. (2024).

Il presente contributo propone un primo resoconto descrittivo dei dati raccolti nel PDTA-LTP, con l'obiettivo di presentare il modello e le sue potenzialità. Si è scelto di limitare l'analisi alla descrizione dei dati, coerentemente con il taglio valutativo del contributo; eventuali approfondimenti tramite statistica inferenziale saranno oggetto di successivi lavori.

L'analisi descrittiva dei profili relazionali delle famiglie che accedono al PDTA-LTP (Tab. 2) evidenzia una prevalenza di alleanze funzionali (cooperativa fluida o in tensione): tra queste, circa due terzi dei bambini (67%) esposti a traumi interpersonali non risultano seguiti da NPIA, e la metà rientra in progetti di tutela a bassa intensità. Questo dato è in accordo con quanto descritto in letteratura, ossia che la coesione familiare e il coordinamento co-genitoriale costituiscono fattori di protezione secondaria rispetto all'evoluzione clinica del minore.

Le alleanze disfunzionali (conflittuali o disorganizzate) risultano più frequenti nei nuclei ad alto rischio (55%) e a complessità cronica (37%), dove si osserva maggiore difficoltà delle équipe di tutela nel mantenere il coinvolgimento familiare. Il tasso elevato di progetti a bassa intensità (68%) associato a profili relazionali familiari gravemente disorganizzati (caotici) può riflettere tale difficoltà di aggancio. I dati non indicano una relazione diretta tra profili relazionali disfunzionali e accessi in NPIA, ma mostrano una maggiore compliance ai percorsi consulenziali nei casi in cui non vi siano rotture dell'intersoggettività triadica o deficit co-genitoriali marcati (alleanze cooperative). Ciò suggerisce inoltre che la coesione

familiare costituisce una variabile decisiva nel mantenimento dell'alleanza di cura e quindi nella riuscita degli interventi psicosociali integrati.

7. Evoluzioni cliniche e percorsi di cura nei bambini osservati con il PDTA-LTP

L'analisi longitudinale del campione dei bambini inseriti nel dispositivo di valutazione e consulenza sulle relazioni precoci a rischio mostra che oltre due terzi non accedono a trattamenti specialistici NPIA negli anni successivi (Tab. 3). Tale dato appare modulato da fattori di resilienza individuale, da variabili protettive familiari e di *caregiving*, ma anche dalla funzionalità del sistema di tutela nel suo complesso.

È interessante notare che l'accesso a percorsi di cura entro i tre anni risulta più elevato (circa 19%) nelle famiglie a basso rischio o alta resilienza che hanno partecipato ai percorsi valutativi PDTA-LTP e PIRAT, rispetto a quelle con rischio psicosociale critico o complessità cronica (6 e 14%). In queste ultime tipologie di famiglie, l'accesso ai servizi NPIA è spesso preesistente alla valutazione relazionale (17 e 14% vs 10%), suggerendo una maggiore cronicizzazione del disagio.

Questo andamento è coerente con le finalità del modello TIC cui s'ispira il PDTA-LTP, cioè quello di favorire processi di consapevolezza, riconoscimento e gestione delle esperienze traumatiche precoci. L'assenza di sensibilizzazione o di un'alleanza progettuale autentica con le famiglie a rischio elevato sembra invece limitare la possibilità di attivare processi trasformativi e percorsi di cura condivisi.

Tempo di accesso in NPIA in relazione al momento della valutazione LTP / PIRAT	A	B	C
Accesso tempestivo (entro 1 Anno)	(5) 7,46%	(1) 2,94%	(3) 8,57%
Ritardo moderato (da 1 anno a 3 anni)	(8) 11,94%	(1) 2,94%	(2) 5,71%
Ritardo cronico (> 3 anni)	(1) 1,49%	(1) 2,94%	(0) 0%
Non perfezionato (nessun accesso)	(46) 68,66%	(25) 73,53%	(25) 71,43%
In carico prima della valutazione Precedente Presa in carico NPIA	(7) 10,45%	(6) 17,65%	(5) 14,29%
Totale casi presi esame	67	34	35

Tab. 3 - Intensità dell'attività di prevenzione psicosociale e tempo di accesso in NPIA dopo valutazioni diadiche e triadiche. La coorte analitica finale dello studio è composta da 136 casi, selezionati da una popolazione iniziale di 150 Quattordici pazienti (9%) sono stati esclusi per irreperibilità documentale. Di questi, 40 minori hanno avuto accesso ai servizi di NPIA.

8. La zona grigia del trauma precoce: criticità diagnostiche e implicazioni cliniche

L'analisi delle diagnosi cliniche (Fig. 3 e Tab. 4) mostra che circa il 43% dei bambini valutati non riceve una diagnosi NPIA, risultando "sottosoglia" e classificati unicamente per fattori di stress psicosociale (Asse Z). La restante parte presenta disturbi dello sviluppo senza (16%) o con psicopatologia associata (29%), mentre solo il 12% mostra profili psicopatologici specifici. Tale distribuzione evidenzia una zona grigia diagnostica che coinvolge quasi metà della popolazione in età prescolare osservata, per la quale non esistono criteri pienamente rappresentativi nei sistemi attualmente in uso in Regione Emilia-Romagna (ICD-10).

La revisione ICD-11 (WHO) ha parzialmente colmato questo limite introducendo una maggiore attenzione ai traumi cronici e ripetuti di natura interpersonale, come abuso e trascuratezza, riconosciuti come fattori in grado di alterare molteplici domini psicologici ed evolutivi: attaccamento, regolazione affettiva e comportamentale, identità di sé, funzioni cognitive e processi dissociativi. Tuttavia, in assenza di una diagnosi unitaria di Disturbo Traumatico Evolutivo (Developmental Trauma Disorder – DTES), tali manifestazioni restano spesso frammentate in quadri sintomatici parziali, riducendo la tracciabilità clinica e l'accesso precoce a trattamenti adeguati. Il dibattito scientifico internazionale,

attivo da oltre due decenni, conferma l'urgenza di un inquadramento diagnostico evolutivo del trauma complesso, capace di integrare aspetti relazionali, affettivi e neuropsicologici per orientare interventi realmente preventivi nella prima infanzia.

Conclusioni: Verso un modello integrato di prevenzione secondaria nella prima infanzia

Il PDTA-LTP, integrato con strumenti come il PIRAT e il video-feedback, rappresenta un dispositivo clinico in linea con le raccomandazioni internazionali che individuano negli interventi precoci, relazionali e trauma-informed una strategia elettiva per la prevenzione dei disturbi evolutivi nella fascia 0-5 anni. I dati presentati mostrano come la costituzione di una *task force* dedicata alla valutazione e alla consulenza relazionale precoce, connessa alle équipe territoriali multidisciplinari (SST-AM, NPIA, PCC, Psicopatologia 0-13, educativa territoriale), potenzi la capacità del sistema di riconoscere precocemente situazioni di rischio evolutivo e di attivare processi trasformativi nelle famiglie ad alta vulnerabilità psicosociale.

L'approccio integrato, che combina osservazione diretta delle interazioni, restituzione tramite video-feedback e costruzione di un'alleanza co-genitoriale e progettuale, favorisce un ingaggio partecipativo autentico, promuovendo la trasformazione dei modelli di accudimento e la riduzione dei precursori relazionali del maltrattamento.

Tale modello si colloca pienamente nella missione del Dipartimento dell'Integrazione dell'AUSL di Modena, di presa in carico continuativa e multidimensionale attraverso una forte connessione tra area sanitaria, sociale ed educativa, e risponde agli obiettivi strategici del DM 77, orientati allo sviluppo dei servizi di prossimità e di diagnosi precoce.

La sfida futura è duplice: *innovare* mediante l'adozione di strumenti validati e pratiche basate sull'evidenza, e *valorizzare* le esperienze territoriali già consolidate, calibrando la risposta sui livelli di rischio e complessità familiare (stratificazione del bisogno).

Il PDTA-LTP si configura come uno strumento clinico-organizzativo adatto a promuovere la presa in carico precoce

Distribuzione delle diagnosi

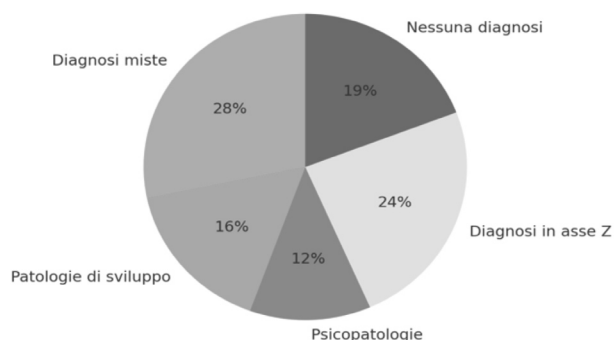


Fig. 3 - Distribuzione percentuale delle diagnosi seguiti in NPIA e oggetto di valutazione LTP e PIRAT (fascia 0-5 anni).

Categoria diagnostica	A (%)	B (%)	C (%)	n assoluto
Patologie di sviluppo (F 80-89)	29%	29%	42.9%	7
Psicopatologie(F 40-48 ed F90-98)	80%	0%	20%	5
Miste	50%	33%	17%	12
Diagnosi in asse Z	40%	30%	30%	10
Nessuna diagnosi	75%	12.5%	12.5%	8

Tab. 4 - intensità dell'attività di prevenzione psicosociale dei bambini seguiti in NPIA e oggetto di valutazione LTP e PIRAT (fascia 0-5 anni).

dei bambini ad alto rischio psicosociale. Si raccomanda la sua adozione in contesti dove la frammentazione delle risposte ostacola diagnosi tempestive e interventi integrati. Esso rappresenta in ultima analisi un modello di prevenzione secondaria integrata, volto all'empowerment genitoriale, al sostegno dei processi di cura e al rafforzamento della sensibilità del sistema tutela nel suo complesso nel riconoscere e trattare precocemente i traumi relazionali, migliorando così la qualità e la sostenibilità della salute mentale infantile nel lungo termine.

L'eventuale ottimizzazione dei costi economici sanitari associata all'impiego sistematico di questo modello resta al momento un'ipotesi promettente, che richiederà verifiche empiriche in studi futuri.

Co-autori

Luisa Lombardi, *Responsabile UOS Psicologia Clinica Minori e Famiglie, Dip. dell'Integrazione, AUSL Modena*

Federica Ronchetti, *Direttore UOC Psicologia Clinica e di Comunità - Dip. dell'Integrazione, AUSL Modena*

Francesca Ferretti, *Ref Provinciale per Equipe di 2° Livello Tutela Minori Modena - Dip. dell'Integrazione, AUSL Modena*

Federica Benatti, *Dirigente Psicologa- Dip. dell'Integrazione, AUSL Modena*

Laura Cattani, *Psicologa, tirocinio post-lauream, AUSL Modena*

Eleonora Manzotti, *Psicologa, tirocinio post-lauream*

Graziella Pirani, *Direttore UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza MO - DSM-DP AUSL Modena*

Bibliografia

- Barlow J. et al. (2015). *Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health: A systematic review*. *Campbell Syst Rev*, 11(1), 1-223.
- Bergsund H.B. et al. (2023). *Relationship-based interventions for maltreated children and adolescents: A meta-analysis*. *Dev Psychopathol*, 35(3), 1251-1271.
- Broughton C. (2009). Measuring trauma in the primary relationship: The PIRAT. In *Relational trauma in infancy*. Routledge
- Facompré C.R. et al. (2018). *Effectiveness of interventions in preventing disorganized attachment: A meta-analysis*. *Dev Psychopathol*, 30(1), 1-11.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. (1999). *The primary triangle: A developmental systems view of fathers, mothers and infants*. Basic Books.
- Foddìs C. et al. (2024). *Un algoritmo di screening psicosociale dei nuclei familiari fragili afferenti all'AUSL di Modena. Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 25(3), 85-108.
- Fondazione Terre des Hommes, Autorità Garante Infanzia, Cismai. (2021). *Il Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*. Milano.
- Forkey H. et al. (2021). *Trauma-informed care*. *Pediatrics*, 148(2).
- Klaehn R.L. (2018). *DC:0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Zero to Three.
- Lavanchy, C et al. (2013). *Family alliance assessment scale (FAAS): Coding manual, short version*. Center for Family Studies, University of Psychotherapy.
- McHale J et al. (2023). *Framing the work: A coparenting model for guiding infant mental health engagement with families*. *Infant Ment Health J*, 44(5), 638-650.
- Min. Salute. (2023). *DM 77/2023 - Modelli e standard per l'assistenza territoriale nel SSN*.
- NICE. (2018). *Child abuse and neglect*. National Institute for Health and Care Excellence. Regione Emilia-Romagna. (2021). *Indicazioni regionali per la strutturazione e raccordo delle équipe territoriali e di secondo livello*. DGR n. 1627/2021.
- Regione Emilia-Romagna. (2021). *Prevenzione del maltrattamento-abuso. Raccomandazioni e strumenti operativi. Quaderni del Professionista*, 4.
- Rusconi-Serpa S. et al. (2009). *Video feedback in parent-infant treatments*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18(3), 735-751.
- Speranza A.M., Mayes L. (2017). *Salute mentale e disturbi dello sviluppo nella prima infanzia - Asse IEC 0-3*. In V. Lingiardi & N. McWilliams (a cura di), *PDM-2*. Cortina.
- Stoltenborgh, M. et al. «The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses.» *Child Abuse Review* 24.1 (2015): 37-50.
- Stover C. S. & Keeshin B. (2018). Research domain criteria and the study of trauma in children: Implications for assessment and treatment research. *Clinical psychology review*, 64, 77-86.
- Teicher, M. H. et al. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*, 17(10), 652-666.
- World Health Organization. (2023). *Guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships (0-17 yrs)*. WHO.

Spazi giovani tra sessualità, affettività e adolescenza

Prevenzione e supporto sanitario e psicologico nei Consultori familiari di Modena

Roberta Valentini, Claudia Bellei,
Cristina Bertoli, Carmela Boccomino,
Cristina Borroni, Giulio Martinelli,
Antonietta Sacco, Carmela Signoriello

72

ABSTRACT

Gli Spazi Giovani dei Consultori Familiari dell'AUSL di Modena rappresentano un modello di integrazione sanitaria che pone al centro la promozione della salute riproduttiva, sessuale e psicologica in adolescenza, sia nella attività clinica che nella realizzazione di progetti di prevenzione nelle scuole. In questo articolo vengono presentati dati di entrambi gli ambiti di attività, nell'arco degli anni pre-pandemia, durante la pandemia e post pandemia (2017-2024). I dati evidenziano un picco post-pandemico, in seguito al quale l'isolamento sociale, la sospensione della didattica in presenza e l'incertezza esistenziale hanno amplificato fragilità emotive e relazionali. Questo lavoro, in linea con la letteratura, evidenzia come l'approccio clinico multidisciplinare e l'integrazione con la prevenzione possano rafforzare i fattori di protezione, promuovere consapevolezza corporea e relazionale e sostenere la costruzione identitaria. Il modello SG presentato rappresenta un esempio concreto di presa in carico integrata e di promozione del benessere adolescenziale, basato su prossimità, accessibilità e qualità.

Introduzione

Lo Spazio Giovani (SG) del Consultorio Familiare (CF) è un servizio a cui gli adolescenti possono accedere liberamente, ricevere ascolto, orientamento, consulenza e assistenza rispetto alla salute riproduttiva, sessuale e psicologica.

La salute sessuale è definita non solo come assenza di malattie o disfunzioni, ma come uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale; essa è una componente essenziale della salute generale, specie in un'età vulnerabile come quella adolescenziale durante la quale la relazione con il corpo che si modifica è uno dei compiti evolutivi da affrontare (definizione dell'OMS in *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, Geneva 2006*).

Negli ultimi decenni, è stato sempre più riconosciuto e dimostrato che affrontare questi aspetti può avere un

Rif.
Roberta Valentini, psicologa, psicoterapeuta,
responsabile Psiconologi Spazio Giovani Ausl Modena
338 2233473
r.valentini@ausl.mo.it

impatto positivo sulla salute dei giovani, anche in presenza di disabilità e psicopatologie; essi influenzano fortemente le relazioni e, se trascurati, possono aggravare stati di fragilità. La letteratura ha evidenziato inoltre come, negli ultimi anni, la presenza di malessere psicologico in adolescenza trovi un canale di espressione nel corpo che può diventare strumento per mostrare ed amplificare il dolore: il corpo che non è bello e non va bene, il corpo da attaccare con problematiche alimentari e/o self cutting, il corpo usato per definirsi come identità nel genere (Lancini, 2021).

Varie ricerche hanno messo in evidenza un aumento di malessere diffuso tra i giovani in Italia che si manifesta in modi variegati, influenzando diverse dimensioni esistenziali (Ussai, 2022).

In questo lavoro vogliamo mostrare come, anche dal nostro osservatorio, si sia rilevato un aumento di richieste sempre più evidente dal 2020 in poi, a confermare quanto evidenziato in letteratura pure nei termini di una maggiore richiesta di aiuto professionale.

1. Salute giovanile

I compiti evolutivi in adolescenza vengono affrontati trovando possibilità di confronto al di fuori dell'ambito domestico, con l'obiettivo di diventare soggetti anche dal punto di vista sociale e sessuale, non più solo come "figlio" o "studente" (Pietropolli Charmet, 2022). Durante la pandemia, l'adozione di stringenti e prolungate misure di contenimento ha penalizzato maggiormente i giovani, oltre alle fasce più deboli della popolazione. Nel caso degli adolescenti, infatti, la maggior complessità nell'espletamento dei compiti evolutivi specifici ha provocato danni maggiormente rilevabili nella salute degli affetti e relazioni. Una ricerca del 2021, svolta dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, ha riscontrato che le maggiori preoccupazioni per questa fascia di popolazione sono le "situazioni sociali di crisi e precarietà" (Noi, al tempo della pandemia, 2021). È emerso il doversi confrontare con una delusione nella progettazione della vita che fin dall'infanzia era stata promessa dagli adulti come piena di successo e di ammirazione. Questa promessa si è infranta contro le vicissitudini storiche e culturali contemporanee, spalancando una prospettiva sul tema della sconfitta, dell'abbandono, della frustrazione e della morte. Il disagio adolescenziale ha assunto, nel tempo, caratteristiche più complesse, nei confronti delle quali la pandemia mondiale, e le sue conseguenze, possono essere considerate fattori precipitanti, che hanno contribuito ad evidenziare i profondi cambiamenti sociali e culturali già presenti anche nei sistemi educativi e familiari. Dati successivi (Autorità Garante per l'infanzia e Adolescenza, 2022) hanno messo in risalto che il 10% dei giovani

abbandona precocemente gli studi; circa il 12% degli adolescenti, soprattutto maschi, mostra una potenziale dipendenza dai videogiochi; il 9,1% degli studenti tra i 15 e i 19 anni ha sperimentato un isolamento sociale prolungato. Si è registrato anche un aumento dei casi di minori coinvolti in attività illegali online, come la pornografia infantile e la sextortion. Infine, il 25,3% degli studenti delle scuole superiori ha subito esperienze di bullismo, con il 18,1% che ammette di aver partecipato attivamente a tali azioni. In tale scenario, appare rilevante quanto evidenziato da successivi risultati della consultazione pubblica promossa dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2024): in essa il 62,7% dei giovani partecipanti ha espresso il desiderio di poter usufruire dei servizi di uno psicologo, mostrando una forte consapevolezza della necessità di un supporto professionale per la salute mentale.

2. Il ruolo dello Spazio Giovani del Consultorio Familiare nell'AUSL di Modena

Lo SG del CF è un servizio sanitario gratuito a cui l'adolescente può accedere da solo, in coppia o in piccoli gruppi ma sempre per sua iniziativa e per una sua motivazione; lo SG si propone come luogo protetto e accessibile anche senza accompagnamento genitoriale, in cui adolescenti e giovani vengono accolti per ricevere ascolto, orientamento, consulenza e assistenza. Gli SG hanno orari differenziati rispetto alle altre attività consultoriali proprio per garantire la riservatezza nelle ore dedicate a questa fascia di età (DGR 1722/17).

Nella provincia di Modena sono attivi 7 SG, uno per ogni distretto sanitario; gli orari di apertura sono stati organizzati per garantire che in ogni giorno della settimana lavorativa sia aperto uno SG distrettuale. In essi lavorano, in sinergia e suddivisi in équipe multiprofessionali, 62 professionisti formati sull'adolescenza, e cioè 27 ostetriche, 20 ginecologhe, 14 psicologi, 1 andrologo.

Le attività SG sono quelle tipiche del C.F.: accoglienza, visita ginecologica, ostetrica, andrologica, colloquio clinico psicologico per valutazione ed eventuale presa in carico e, se opportuno, colloqui con altre figure sanitarie del servizio CF. Le aree di pertinenza sono quelle affettivo-relazionale, emotiva, della salute riproduttiva e sessuale.

Gli SG, inoltre, incontrano l'adolescente e il suo mondo, anche nei contesti scolastici ed extrascolastici. Le équipe multidisciplinari, in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna, infatti, promuovono la partecipazione ai progetti di prevenzione nelle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado, con interventi modulati in base all'età, con la partecipazione dei dirigenti, degli insegnanti e delle famiglie; si aggiungono a questi anche interventi nei corsi professionali e nei Centri Provinciali per l'Istruzione

degli Adulti, così come attività di prevenzione nei centri di aggregazione giovanile. Tramite la realizzazione di questi programmi preventivi si creano canali di aggancio ai servizi della cura sia per l'adolescente che per gli adulti di riferimento.

3. Accoglienza, prestazioni e tematiche trattate negli SG dei Consultori

3.1. Accesso allo SG

Lo SG si caratterizza per un accesso libero, spontaneo e centrato sulla motivazione dell'adolescente.

Il primo momento di contatto tra il giovane utente e il servizio non è semplicemente informativo o burocratico, ma un vero e proprio spazio di ascolto preliminare, in cui l'adolescente viene accolto senza giudizio, in un clima di rispetto, fiducia e riservatezza. L'obiettivo principale di questo incontro è raccogliere le domande, i dubbi, le riflessioni che la persona porta con sé, anche quando queste siano espresse in modo confuso, frammentario o indiretto. Con l'operatore che lo accoglie (in genere l'ostetrica) è possibile esplorare bisogni, pensieri ed emozioni legati a tematiche corporee (es. irregolarità del ciclo mestruale o questioni andrologiche), relazionali, affettive; ricevere orientamento e sostegno nel comprendere, se necessario, quale tipo di percorso possa essere più adeguato.

3.2. Accoglienza psicologica

Le aree tematiche della psicologia nello SG sono relative al rapporto con il proprio corpo e alle sue trasformazioni; alle relazioni di coppia e/o amicali; alla relazione con i propri genitori/familiari; ad eventuali gravidanze e IVG; ad eventuali condizioni di genitorialità in adolescenza; alla sfera della sessualità; all'orientamento sessuale o alla identità di genere; ad eventuale violenza di genere all'interno delle relazioni affettive.

Per una adeguata valutazione dei bisogni in evoluzione dell'adolescente, l'intero percorso psicologico prevede alcuni momenti strutturati di confronto in équipe fra operatori valorizzando un importante pensiero gruppale (Raccomandazioni regionali, circ. 1/2017)

L'adolescente accede all'accoglienza psicologica quando, nell'accesso spontaneo allo SG, esprime all'ostetrica un bisogno di comprensione rispetto ai suoi stati emotivi o un malessere relazionale; altre richieste, veicolate da sintomatologie fisiche, possono essere rilevate dalla ginecologa o dall'andrologo durante le loro visite; anche in questi casi i medici facilitano il contatto con gli psicologi.

Lo spazio di ascolto psicologico si caratterizza come spazio di attivazione del pensiero, un tempo in cui la persona può iniziare a prendersi cura di sé, a partire dalla possibilità di ricevere attenzione senza pressioni.

L'approccio che si configura è centrato sulla persona, promuovendo così l'autonomia e la responsabilizzazione dei/delle giovani; la prevenzione del disagio, e la promozione del benessere, la riduzione del rischio legato a comportamenti impulsivi o inconsapevoli.

Gli esiti possibili dell'accoglienza psicologica, che solitamente richiede uno o al massimo due incontri, possono infatti variare a seconda della complessità clinica incontrata:

- aiuto all'adolescente sui propri bisogni attuali che avvia spontanei movimenti evolutivi che non richiedono ulteriori interventi psicologici;
- valutazione di sintomatologia specifica ed offerta di consulenze nel servizio SG utilizzando il modello clinico della "Stepped Care" nel quale l'intensità e la specializzazione aumentano con l'aumentare del livello di cura e della complessità della richiesta. Il modello prevede che venga fornito per primo un intervento meno intensivo e più appropriato; qualora i bisogni rilevati o la sintomatologia lo richiedano, la procedura prevede di incrementare la presa in carico tramite livelli di maggiore intensità di cura. La presa in carico psicologica può prevedere anche l'attivazione dell'ambiente relazionale con l'obiettivo di lavorare in sinergia per il benessere della persona;
- altri esiti possono spaziare da invii alla rete dei servizi di prossimità socio - territoriale oppure invii ad altri servizi sanitari per l'Adolescenza, fino ad un invio ad altro Servizio Sanitario a più alta intensità di cura (ad es del DSM-DP) per la presenza ad es di ideazione autolesiva grave e attuale.

3.3. Strategie di prevenzione

Studi longitudinali (Colizzi M. et al. 2020) hanno dimostrato che interventi precoci possono avere un impatto significativo sulle traiettorie di sviluppo, riducendo il rischio di future psicopatologie. Pertanto, un approccio preventivo efficace, anche all'interno dell'attuale complessità, richiede un'attenzione costante allo sviluppo neuropsichico e psicosociale dei giovani. Esso deve coinvolgere attivamente le famiglie, la scuola e i servizi socio-sanitari in un'ottica di promozione del benessere e della comunità e prevedere una piena collaborazione tra i vari attori coinvolti per introdurre i temi dell'affettività e sessualità in un dialogo aperto con gli adolescenti per non lasciarli soli.

Gli Standard Europei per l'educazione sessuale sottolineano l'importanza di un'educazione olistica che non si limiti alla prevenzione dei rischi, ma che promuova anche la consapevolezza e i diritti sessuali. Essi affermano il diritto di ogni individuo di ricevere informazioni relative alla sessualità sin dall'infanzia in modo adeguato all'età, di raggiungere il più alto livello di salute sessuale anche attraverso l'accesso universale ai servizi sanitari di riferimento e di esercitare scelte libere e consapevoli in

ambito affettivo e sessuale. Questo approccio non separa educazione sessuale e affettiva come poli opposti, ma li integra con l'obiettivo di promuovere relazioni rispettose e consapevoli, proteggendo i propri diritti lungo tutta la vita. Una corretta educazione affettiva e sessuale contribuisce alla maturazione della personalità e all'affermazione della propria differenza come valore e ricchezza (OMS, 2010; UNESCO, 2018, 2023).

Il contesto attuale presenta nuove sfide dalle quali non si può prescindere quando si parla con gli adolescenti di corpo, relazioni, affettività e sessualità. Tra queste la fluidità delle identità di genere, la precocizzazione della sessualità, l'enfasi sulla sensorialità rispetto alle emozioni, l'"Onlife" (Florida, 2013) che si pone come realtà ibrida in cui il confine tra il mondo fisico e quello digitale non è più netto, con la conseguenza di andare incontro anche a numerosi rischi (messaggi distorti, non equilibrati e denigranti, revenge porn, sextortion e l'accesso diffuso alla pornografia attraverso la rete).

Le più recenti ricerche italiane fanno emergere una notevole eterogeneità nella presenza dei Programmi di prevenzione per quanto riguarda la distribuzione geografica e la diversità degli obiettivi: l'attuazione dell'educazione alla sessualità in Italia è lasciata ad iniziative di singoli enti, privati o pubblici (Chinelli, 2022). Nella Regione Emilia-Romagna vi è un Piano regionale della Prevenzione 2021-2025; attraverso il Programma Scuole che promuovono salute (PP01), gli SG offrono la possibilità di aderire anche ad alcuni progetti validati dalla Regione.

4. I Progetti nelle scuole

I principali sono "W l'Amore", "Conoscere il Consultorio", "Educazione tra pari in tema di affettività, sessualità e salute riproduttiva e prevenzione della violenza di genere" e per le scuole primarie "Tutto Cambia"; questi interventi hanno l'obiettivo di promuovere attitudini positive e competenze nell'ambito delle relazioni, dell'affettività e di una sessualità consapevole e sicura.

- "W l'Amore", progetto sperimentato a partire dal 2013, prevede la collaborazione costante tra i docenti delle Scuole Secondarie di Primo grado e i professionisti dello SG. Si sviluppa in 3 fasi principali: un percorso formativo destinato ai docenti; due incontri informativi con i genitori relativamente al progetto e con possibili momenti di confronto sulla relazione genitori-figli adolescenti; interventi sul gruppo classe attraverso sette unità tematiche (pubertà; stereotipi e identità di genere; la relazione di coppia; assertività e consenso; violenza; uso consapevole di internet e della rete; contraccezione, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e servizi dedicati), di cui l'ultima realizzata dal personale socio-sanitario dello SG.

- "Conoscere lo Spazio Giovani e il Consultorio Familiare", attivo da oltre vent'anni, per promuovere la conoscenza delle funzioni e delle attività del CF e dello SG, per facilitare un accesso consapevole ai servizi sanitari dedicati ai giovani.

- "Educazione tra pari in tema di affettività, sessualità e salute riproduttiva e prevenzione della violenza di genere" che non esclude la presenza di figure adulte (insegnanti e operatori sanitari), ma ne cambia la collocazione per prediligere la formazione di un gruppo di ragazzi individuati nelle classi terze e quarte agli studenti delle classi seconde. Insieme si lavora per la creazione di un ambiente scolastico tra pari, dialogante e non giudicante, che agevoli la riflessione e lo scambio comunicativo su tematiche centrali nel periodo adolescenziale: corpo, emozioni, relazioni di coppia (innamoramento, amore, sessualità), violenza di genere, preservazione della fertilità, contraccezione e malattie sessualmente trasmissibili, sani stili di vita.

- "Tutto Cambia" è stato sperimentato dal personale degli SG della Regione Emilia-Romagna tra il 2021 e il 2023 con l'obiettivo di migliorare la formazione degli adulti (genitori ed insegnanti) nell'affrontare gli argomenti inerenti allo sviluppo affettivo e psicosessuale dei bambini e delle bambine al fine di offrire loro informazioni corrette e competenze relazionali ed emotive per affrontare la crescita serenamente, rispettando se stessi e le altre persone.

5. Dati sulle attività del servizio Spazio Giovani

I dati utilizzati nel presente lavoro riguardano l'attività ambulatoriale degli SG della provincia di Modena e l'attività relativa ai Progetti di Prevenzione svolti sul territorio provinciale.

I dati dell'attività ambulatoriale sono stati estratti dal sistema informativo dei Consultori Familiari nel quale vengono inserite le prestazioni cliniche (sistema SICO - Infoclin). I dati relativi all'attività dei Progetti di Prevenzione vengono raccolti mediante una scheda fornita dalla Regione Emilia-Romagna che li elabora e li pubblica sul suo sito <https://consultorifamiliari.saperidoc.it/progetti/>.

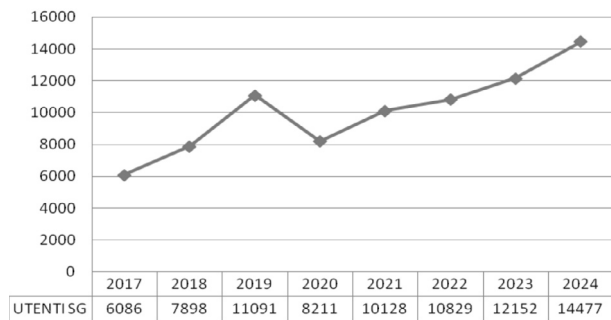
Il periodo di tempo (2017-2024) preso in analisi è stato selezionato per presentare una panoramica della situazione incontrata dagli SG nel periodo pre-pandemia, durante e nel post pandemia per valutare eventuali modifiche longitudinali. Dai dati raccolti si osserva una crescita, soprattutto negli anni post pandemia, sia per le richieste cliniche che per il numero di adesioni ai progetti di prevenzione delle scuole.

5.1. Dati dell'attività clinica

Nel grafico 1 viene evidenziato l'aumento di richieste cliniche per l'intera equipe multidisciplinare degli ambulatori SG della provincia: nel 2017 il totale di adolescenti in accesso è

stato 6806, in costante aumento fino all'anno 2020 quando, a causa delle misure restrittive, si è registrata una lieve diminuzione; dal 2021 è ripreso un trend in costante crescita con più di 14.000 richieste nell'ultimo anno analizzato (2024).

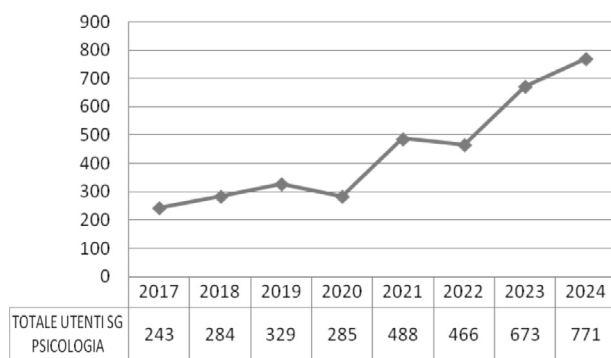
Totale utenti SG AUSL Modena



Graf. 1 - Utenti totali Spazio Giovani AUSL Modena (fonte SICO).

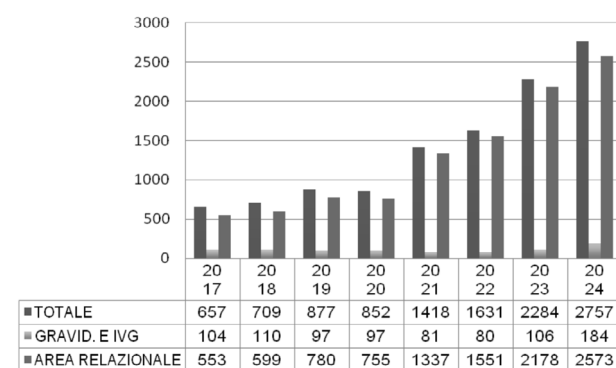
I Graf. 2 e 3 evidenziano l'andamento dell'attività clinica in ambito psicologico: dal 2017 sono aumentati sia il numero di adolescenti che hanno richiesto un intervento psicologico, sia il numero delle prestazioni psicologiche: questo ultimo dato mostra la complessificazione dei trattamenti di cura

Totale utenti SG Psicologia



Graf. 2 - Utenti SG Psicologia (Fonte Infoclin).

Totale prestazioni SG Psicologia



Graf. 3 - Prestazioni SG Psicologia (Fonte Infoclin).

(secondo il modello già citato della "Stepped Care"). L'area maggiormente coinvolta dall'aumento di prestazioni è quella del disagio relazionale ed affettivo; invece il numero di prestazioni inerenti le aree della gravidanza e/o Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) hanno subito un aumento piuttosto lieve.

5.2. Dati dei progetti nelle scuole

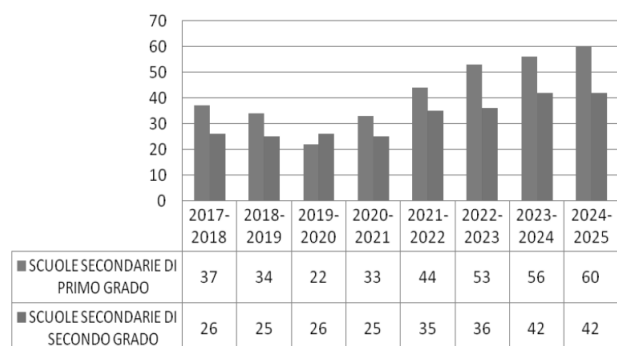
Nel presentare, in particolare, i dati della attività di prevenzione, va sottolineato come la percentuale di scuole che forniscono ai giovani un'educazione affettiva e sessuale e che puntano anche alla prevenzione delle malattie e infezioni sessualmente trasmissibili sia un indicatore chiave nel monitoraggio dei progressi verso il raggiungimento degli obiettivi internazionali (UNESCO 2018). Infatti, parlare di sessualità agli adolescenti è importante in un'ottica preventiva, anche al fine di evitare l'insorgere di rischi per la salute correlati a rapporti sessuali agiti senza le dovute precauzioni, quali le infezioni a trasmissione sessuale o le gravidanze indesiderate. A tal proposito appare indicativo il graf. n.3 che indica proprio come l'unico dato con la variabilità più bassa, nell'arco di tempo scelto, sia stato quello relativo alle prestazioni per gravidanze e IVG. Nel graf. 4, 5 e 6 vengono riportati rispettivamente il numero di scuole che hanno richiesto di aderire ai progetti offerti dagli SG, il numero di alunni raggiunti con i progetti e il numero degli adulti di riferimento formati ed il numero dei ragazzi che hanno aderito alla formazione peer (N.B. il dato relativo all'anno scolastico 2024/2025 è ancora in fase di pubblicazione). Si evidenzia come l'unico anno con un decremento nelle richieste sia stato quello della pandemia: tuttavia è importante sottolineare come molte scuole abbiano mantenuto l'adesione ai progetti nonostante il lockdown, sollecitando, negli operatori, il reperimento e l'attivazione di nuove strategie per realizzare i progetti da remoto con modalità accattivanti e fruttuose.

Conclusioni

La precocizzazione e la specificità dell'ascolto e della presa in carico delle difficoltà affettive e sessuali in adolescenza, offerte dal Servizio SG, combinate con un'educazione sessuale olistica e partecipativa, rappresentano una strategia chiave per prevenire la cronicizzazione di disturbi psicopatologici, promuovere il benessere globale dei giovani e permettere loro di orientarsi nell'individuazione delle risposte adeguate ai loro bisogni e sofferenze.

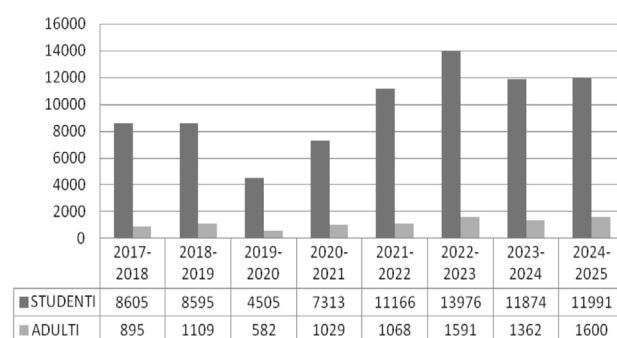
Come evidenziato anche dai dati presentati nell'elaborato, fornire ai ragazzi di questa fascia d'età così delicata informazioni, strumenti e canali di aggancio ai servizi di prevenzione ha favorito un incremento significativo degli accessi agli SG dal 2020 (con 8000 accessi) al 2024 (con oltre

Progetti di prevenzione: numero di scuole coinvolte



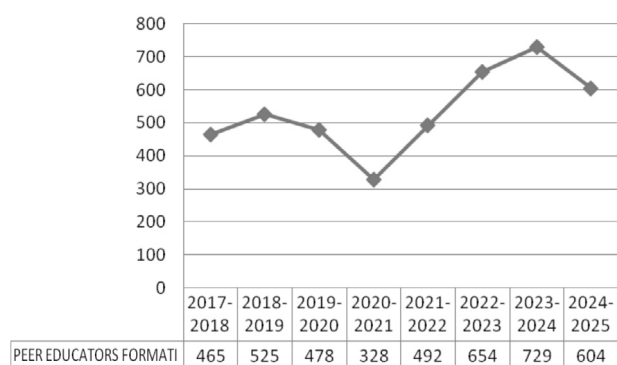
Graf. 4 - Totale Scuole che hanno aderito ai Progetti
(Fonte: <https://consultorifamiliari.saperidoc.it/progetti/>).

Progetti di prevenzione: numero di studenti e adulti (genitori e insegnanti) coinvolti



Graf. 5 - Totale Studenti e Adulti coinvolti
(Fonte: <https://consultorifamiliari.saperidoc.it/progetti/>).

Peer Educators formati



Graf. 6 - Totale Adolescenti formati Peer to Peer
(Fonte: <https://consultorifamiliari.saperidoc.it/progetti/>).

14.000 accessi). Contestualmente si è registrata anche una maggiore richiesta di accesso allo SG psicologia. Questi dati, in linea con quelli delle ricerche citate, evidenziano come, a seguito della pandemia, gli adolescenti abbiano espresso maggiormente il desiderio di poter usufruire di servizi psicologici, accresciuta consapevolezza e motivazione nella ricerca di aiuto sanitario e nel prendersi cura di sé.

Nella scheda di intervento n°3 del Piano Regionale Pluriennale per l'Adolescenza 2018/2020 si legge: "Prendersi cura della salute degli adolescenti non significa soltanto garantire il diritto alle prestazioni sanitarie, ma richiede attenzione alle specificità dell'età, degli ambienti di vita, del ruolo della famiglia. L'attenzione alla specificità in adolescenza è fondamentale sia per i rapidi cambiamenti evolutivi che avvengono in un breve arco temporale, sia per la necessità di coinvolgere la famiglia nell'attuazione degli interventi, sia per la rilevanza e l'influenza degli ambienti di vita sugli adolescenti. Gli interventi devono essere mirati, tempestivi, specifici, condotti con un approccio transculturale e devono tener conto dei fattori protettivi e dei fattori di rischio presenti, della capacità supportiva della famiglia, delle risorse del contesto e utilizzare modalità di comunicazione appropriate".

Il modello integrato dello Spazio Giovani di Modena, con la sua rete multidisciplinare, l'approccio inclusivo e la collaborazione tra scuola, famiglia e servizi sanitari, rappresenta una delle realtà attuate del Piano Regionale sopra citato, orientato nel costruire un ambiente favorevole all'evoluzione di competenze emotive, relazionali e sessuali consapevoli, indispensabili per una crescita sana e sostenibile.

Co-autori

Claudia Bellei, *psicologa psicoterapeuta*,
Ausl Modena Spazio Giovani Pavullo

Cristina Bertoli, *psicologa psicoterapeuta*,
Ausl Modena Spazio Giovani Modena

Carmela Boccomino, *psicologa psicoterapeuta*,
Ausl Modena Spazio Giovani Mirandola

Cristina Borroni, *psicologa psicoterapeuta*,
Ausl Modena Spazio Giovani Vignola

Giulio Martinelli, *psicologo psicoterapeuta*,
Ausl Modena Spazio Giovani Carpi

Antonietta Sacco, *ostetrica AUSL Modena*,
Consultorio Familiare di Castelfranco Emilia

Carmela Signoriello, *psicologa, psicoterapeuta*
in formazione presso Ausl Modena Spazio Giovani Modena

Bibliografia

P. Angelini, S. Broccoli, L. Gentili, C. Lupi *Programma PP1 Scuole che Promuovono Salute PRP 2021-2025 Regione Emilia-Romagna*. Circolare 1 del 07/02//2017 della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare (Regione Emilia-Romagna) *Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti, raccomandazioni regionali*.

A. Chinelli, M. C. Salfa, A. Cellini, L. Ceccarelli, M. Farinella, L. Rancilio, R. Galipò, P. Meli, A. Camposeragna, L. Colaprico, M. Oldrini, M. Ubbiali, A. Caraglia, D. Martinelli, L. Mortari, A. T. Palamara, B. Suligoi, L. Tavošchi "Sexuality education in Italy" (2016-2020); *A national survey investigating coverage, content and evaluation of school-based educational activities*, *Sex Education*, 23:6, 756-768 (2023).

M. Colizzi, A. Lasalvia, M. Ruggeri "Prevenzione e intervento precoce nella salute mentale dei giovani: è giunto il momento di un modello di cura multidisciplinare e transdiagnostico?" 2020; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092613/>.

D.G.R. n.1722 del 06/11/2017 : Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti.

Allegato 1 «Indicazioni operative alle Aziende Sanitarie in merito agli Spazi Giovani Consultoriali».

L. Floridi, *The Onlife Manifesto*, Centro Nexa su Internet e Società, Politecnico di Torino, 2013.

M. Lancini, *L'età tradita, oltre i luoghi comuni sugli adolescenti*, Raffaello Cortina Editore (2021).

Linee guida UNESCO "International technical guidance on sexuality education" (2009-2018).

Linee guida UNESCO "Comprehensive sexuality education (CSE) country profiles" (2023).

-Ministero della salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

Noi, al tempo della Pandemia. Essere adolescenti in Emilia-Romagna nel 2021 (2021).

G. Pietropolli Charmet *Gioventù rubata. Che cosa la pandemia ha tolto agli adolescenti e come possiamo restituire il futuro ai nostri figli* (2022).

Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e BZgA *Standard per l'Educazione Sessuale in Europa* (2010).

Ussai S., Castelpietra G., Mariani I., Casale A., Missoni E., Pistis M., Monasta L. & Armocida B. (2022). Quali sono le prospettive per la salute pubblica dopo il COVID-19 in Italia? Adottare un approccio di cura centrato sui giovani nei servizi di salute mentale. *Giornale internazionale di ricerca ambientale e salute pubblica*, 19(22), 14937. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214937/>.

-Who (Defining sexual health. *Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva. (2006).

Sitografia

www.wlmore.it

<https://consultorifamiliari.saperidoc.it/progetti/>

<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-05/pandemia-neurosviluppo-salute-mentale.pdf>

https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2024-10/salute-mentale-come-stanno-ragazzi_0.pdf

Imprigionati o liberati?

Ritiro sociale: dai contenuti acquisiti alla proposta a Forlì

Loretta Raffuzzi, Riccardo Bertaccini,
Silvia Evangelisti, Marco De Masi,
Monica Pacetti

ABSTRACT

Da qualche anno ci troviamo ad affrontare un fenomeno complesso caratterizzato da una crescente diffusione tra gli adolescenti a genesi multifattoriale e a diversa eziopatogenesi. Dal 2022 a Forlì è stata costituita una équipe multidisciplinare, una rete territoriale che si avvale della collaborazione tra i referenti dei Servizi Educativi e Sociali del Comune e i Servizi Sanitari dell'AUSL della Romagna-Forlì. Al momento della sua costituzione si è presentata a tutte le scuole secondarie del territorio ed ha successivamente svolto una formazione sulle Linee di indirizzo regionali a tutti i dirigenti e agli insegnanti referenti di specifici ambiti, nonché ai professionisti degli sportelli scolastici.

Dopo aver ricevuto le segnalazioni dei minori ritirati che rifiutano qualunque contatto con l'esterno, gli operatori dell'équipe incontrano i loro genitori, i loro insegnanti, i loro educatori, e qualche volta i ragazzi stessi e dopo aver analizzato in profondità le dinamiche del comportamento la rete multidisciplinare ha cercato di evidenziare i bisogni e fornire un orientamento al fine di individuare le risposte più corrette. Per fare questo abbiamo ascoltato con umiltà e flessibilità, le narrazioni consegnateci, per poi ripensarle tutti insieme. Quello che segue è un bilancio dei primi tre anni di attività.

Introduzione

Il ritiro sociale rappresenta un problema complesso, in crescente aumento nei giovani, con esordio frequente in preadolescenza e adolescenza; tale fenomeno rallenta e interrompe il percorso evolutivo oltre ad ostacolare il raggiungimento dei compiti di sviluppo fase – specifici (separazione/individuazione, mentalizzazione del corpo, gestione delle relazioni, nascita sociale) e compromette la formazione di una identità personale coerente ed equilibrata. La persona sceglie di ritirarsi dai contesti sociali che normalmente frequenta (scuola, amicizie, associazioni, sport, passatempi e talvolta anche famiglia), si isola volontariamente rinchiodendosi in casa, spesso in camera, per un tempo indefinibile e prolungato. Una scelta paradossale dal momento che in adolescenza diventano

Rif.
Loretta Raffuzzi, Psicologa e Psicoterapeuta - Spazio Giovani - Forlì,
Coordinatrice Progetto Centro di Ascolto "L'Acchiappasogni"
del DSM-DP -ambito Forlì- dell'AUSL della Romagna
0543 731147
loretta.raffuzzi@auslromagna.it

fondamentali le relazioni extrafamiliari. Una scelta che al contempo esprime il disagio vissuto ed il tentativo di alleviarlo.

Rappresenta un problema che genera inquietudine negli adulti che svolgono un ruolo educativo e di aiuto, è quindi facile adottare misure difensive mediante la delega che alternativamente viene rivolta alla famiglia, alla scuola, alla sanità, o mediante la ricerca di un responsabile col quale diventa poi difficile allearsi. Tuttavia le persone in situazione di ritiro sociale necessitano di una rete multiprofessionale capace di comprendere profondamente il problema e capace di allearsi e cooperare.

In Italia nel 2024 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2024) ha stimato circa 66.000 hikikomori tra gli studenti di età compresa tra gli 11 e i 17 anni mentre il Consiglio Nazionale delle Ricerche, nel 2023, aveva ipotizzato 54000 casi nella fascia 15-19 anni.

La Regione Emilia-Romagna, nella sua rilevazione del giugno 2025 (RER 2025), ha raccolto 762 segnalazioni ed ha potuto individuare alcune specifiche caratteristiche riferibili ai casi segnalati: nessuna differenza percentuale tra maschi e femmine, picco nella fascia d'età 15-16 anni, percentuale del 44% di adolescenti che ha abbandonato la scuola, ritiro associato a disturbo d'ansia nel 33,5 % dei casi [1].

1. Equipe di ascolto e orientamento sul ritiro scolastico e sociale

Dal 2022 nel Distretto di Forlì è stata costituita una équipe dedicata al ritiro sociale in adolescenza, formata da diverse figure professionali che condividono l'obiettivo di fornire una risposta strutturata e integrata alle persone che la interpellano in merito al tema del ritiro sociale. La rete si avvale della collaborazione tra i referenti dei Servizi Educativi e Sociali del Comune e i Servizi Sanitari dell'AUSL della Romagna-Forlì. Al momento della sua costituzione si è presentata a tutte le scuole secondarie del territorio ed ha successivamente svolto una formazione sulle Linee di indirizzo regionali a tutti i dirigenti e agli insegnanti referenti di specifici ambiti, nonché ai professionisti degli sportelli scolastici.

Dal mese di Marzo 2022 al Settembre 2025 l'Equipe ha realizzato 24 incontri durante i quali ha accolto 50 situazioni (12 situazioni relative a scuole secondarie di 1° grado e 38 relative a scuole secondarie di 2° grado). Ha incontrato in tutto 137 adulti (genitori, insegnanti, dirigenti, psicologi dell'ambito pubblico e privato, educatori). Ha incontrato infine anche 8 adolescenti che hanno deciso di partecipare attivamente alla messa a punto del progetto di aiuto che li riguardava.

L'Equipe offre all'inizio di ogni anno scolastico un calendario di date nelle quali, chi lo desidera, può incontrare i cinque

professionisti che la compongono (una psicopedagogista e un assistente sociale del Comune di Forlì, due psicologi e una psichiatra dell'Azienda USL della Romagna-Forlì).

2. Le tre fasi dell'azione dell'Equipe di ascolto e orientamento sul ritiro sociale

2.1. Prima fase

La prima fase è quella dell'accoglienza e dell'ascolto di tutte le persone che portano il problema e sono coinvolte, a vario titolo, nella situazione di disagio segnalata. La richiesta dell'incontro con l'Equipe può avvenire da parte della famiglia, dei referenti scolastici o di altri adulti di riferimento dell'adolescente. Ciascuno dei presenti offre la propria lettura della problematica mettendo in luce le caratteristiche del ragazzo o della ragazza in difficoltà, gli interventi già realizzati a suo favore, i punti di forza su cui si può far leva e le criticità incontrate. Nei casi in cui sia presente l'adolescente stesso (talvolta succede) gli si offre la priorità dell'ascolto e lo spazio che desidera. In questa fase, subito dopo l'ascolto attento di tutti i presenti, viene offerta una prima lettura del problema che prevede la restituzione di alcuni punti chiave che servono a creare/rinforzare l'alleanza tra i soggetti presenti.

Questa restituzione fondamentalmente illustra alcuni errori da evitare e ribadisce che il sintomo esprime una sofferenza autentica, per la quale non serve cercare di chi è la colpa, né chi è il più responsabile. È piuttosto necessario partire da ciò che i presenti hanno capito del problema per mettere in campo un aiuto efficace. In questo momento occorre evitare che emergano dinamiche conflittuali e/o reciproche colpevolizzazioni ed è importante sottolineare la complessità del problema e il desiderio di ciascuno di superare l'impasse che si è creata.

2.2. Seconda fase

La seconda fase implica la messa a punto di un percorso di aiuto specifico e ipotizza una serie di azioni concrete da sperimentare. È la fase di definizione del progetto di aiuto personalizzato in cui viene assemblato un piano di intervento individuale, oppure viene riavviato un progetto già esistente, che può includere una frequenza scolastica personalizzata, il sostegno psicologico, il sostegno per i compiti, il sostegno educativo a domicilio, l'inserimento in attività ludiche/ricreative sul territorio, l'attivazione di un'esperienza protetta di volontariato. Nel caso in cui

Note

- 1 Questi dati si trovano in "Il ritiro sociale in adolescenza. Le tendenze del fenomeno nella prima rilevazione dei Servizi e degli Enti di formazione professionale dell'Emilia-Romagna" Anno 2023 Report della Regione Emilia Romagna a cura di Mariateresa Paladino e Monica Malaguti - pag. 9.

l'adolescente sia presente all'Equipe gli si chiede direttamente quali sono le proposte che sente di poter accettare e tutto parte dalla sua condivisione. Diversamente un adulto si incarica di spiegare all'interessato tutta la progettualità che è stata definita, accettando eventuali aggiustamenti che l'adolescente stesso potrebbe richiedere.

2.3. Terza fase

La terza fase è la definizione dei modi e dei tempi in cui il progetto si realizzerà con la distribuzione delle responsabilità specifiche per ogni singola azione individuata. Ad esempio un insegnante potrà/dovrà garantire la comunicazione con il consiglio di classe ed il rispetto dei dispositivi di aiuto messi in campo a scuola (verifiche scritte piuttosto che interrogazioni, uscita dalla classe non soggetta a diniego, esonero da determinate prestazioni ad esempio andare alla lavagna o leggere ad alta voce di fronte a tutti, ecc.). Al genitore potrà essere chiesto di evitare "gli agguati" che prevedono l'invito di amici e compagni a casa all'insaputa del figlio, o di concordare con lui il tempo di utilizzo dei device, così come le eventuali uscite per incombenze specifiche, o anche di accettare che non sia sempre possibile aprire il dialogo sul problema "ritiro".

In molti dei casi che abbiamo incontrato è stato proposto l'intervento educativo domiciliare (ADE) che ha come obiettivo primario quello di creare un rapporto di fiducia tra l'educatore e l'adolescente, col fine di comprenderne meglio i vissuti, gli interessi, i talenti, le paure, i punti di forza e le criticità.

Tale intervento, nei casi di ritiro sociale, va inteso sempre come parte di un progetto di aiuto più ampio, definito dalla rete dei servizi che hanno in carico la persona. Il progetto viene proposto dall'Equipe alla famiglia, che ne deve condividere gli obiettivi, le modalità e le finalità. Anche gli adolescenti, quando possibile, vengono messi a conoscenza del significato del progetto educativo e possono esprimere le loro opzioni circa le modalità di rapporto da costruire.

L'educatore potrebbe trovarsi davanti ad un adolescente che non va a scuola e rifiuta in toto il contatto con il gruppo dei pari: sarà indispensabile non fare forzature, rispettare i tempi del/la ragazzo/a, supportare la famiglia e trovare strategie comunicative adeguate per entrare in una relazione positiva e responsiva.

Per costruire questa relazione l'educatore in genere parte dal trascorrere del tempo insieme in casa, giocando con videogiochi, guardando le serie o ascoltando le canzoni preferite, apprezzando l'eventuale interesse manifestato per i manga o gli Anime. Sfruttando queste passioni egli può proporre la frequenza di una biblioteca o di qualche negozio di fumetti, di una mostra, nel tentativo di aprire la porta di

casa e riaffacciarsi al mondo esterno. Spesso il percorso ADE prosegue con la proposta di approfondire una passione con delle attività di piccolo gruppo di quattro/cinque adolescenti, scelta che può fare da ponte per riattivare la competenza sociale in una dimensione ridotta e protetta.

Tutti questi dispositivi che vengono concordati all'interno dell'Equipe, hanno lo scopo di aiutare l'adolescente a trovare una propria dimensione sociale accettabile, a cambiare poco alla volta, a sostenere gradualmente la difficoltà dello stare in un ambiente comunitario, non aspettando che arrivi il giorno in cui non ci sarà più alcuna fatica, stress, ansia poichè tutte queste sono dimensioni che esistono per tutti quando ci relazioniamo con il mondo esterno. La domanda giusta a cui l'adolescente in ritiro deve arrivare a rispondere è: quale fatica posso sostenere? Quanta ansia posso gestire? Che tipo di stress posso affrontare?

Nella maggioranza dei casi incontrati abbiamo capito che l'obiettivo da porsi non era un ritorno immediato a scuola ma ricucire passo dopo passo un approccio alla socialità che fosse accettabile per l'adolescente. Il ritiro da scuola, la bocciatura, la frequenza a distanza di una scuola privata, l'abbandono di uno sport, eventi tutti che connotano una situazione di crisi possono essere compresi e risignificati in termini di bisogno di cambiamento e di ricerca di nuove opportunità.

Può accadere che l'Equipe rilevi la necessità urgente di una valutazione psicologica, neuropsichiatrica o psichiatrica per situazioni di ritiro che presuppongono l'esistenza di un grave disagio psichico. La presenza dello psichiatra nella nostra Equipe ha come obiettivo quello di svolgere un'azione di intercettazione precoce di questo disagio, di riduzione dei fattori di rischio rispetto ad un esordio psicopatologico e di incremento dei fattori protettivi.

In questa terza fase di lavoro, infatti, l'Equipe ha anche il compito di definire quale tipo di aiuto può/deve essere messo in campo per i genitori, offrendo loro proposte specifiche e contatti concreti.

3. Osservazioni in itinere

3.1. Punti di forza

Principalmente la sua struttura interdisciplinare e integrata, che permette di accogliere in un unico appuntamento tutte le persone coinvolte, offrendo una visione d'insieme della situazione. L'Equipe dimostra inoltre una forte capacità di ascolto e un'attitudine a valorizzare i contributi di ciascun partecipante e sa proporre una rilettura della situazione che scongiuri le dinamiche conflittuali. Un ulteriore elemento positivo è la sua capacità di strutturare o ristrutturare il progetto di intervento in modo personalizzato.

3.2. Criticità

L'Equipe non è ancora conosciuta in modo capillare sul territorio e non tutte le situazioni che necessitano di un progetto di aiuto arrivano ad usufruire di questa possibilità. Inoltre, al presente, il modello prevede un incontro unico per l'analisi e la definizione del progetto, senza un percorso strutturato di follow-up, che potrebbe essere fondamentale per monitorare l'andamento del progetto stesso nel tempo. Infine, molti professionisti che hanno incontrato l'Equipe in questi anni e ne hanno apprezzato il lavoro, lamentano la mancanza di una metodologia simile che affronti le altre problematiche in cui si esprime il disagio adolescenziale.

4. Alcune storie per meglio capire

La nostra Equipe ha incontrato molte storie, tanti adulti (genitori, insegnanti, operatori sanitari, educatori, ...) e in qualche occasione, che potremmo indubbiamente definire "preziosa", anche i ragazzi e le ragazze. Le storie che abbiamo ascoltato e incrociato raccontano livelli di sofferenza differenti, la presenza di risorse differenti e la necessità di avviare progetti differenti che portano, inevitabilmente, a percorsi differenti.

4.1. Paolo

In un incontro programmato incontriamo Paolo, 15 anni, lo incontriamo con i suoi genitori, buona parte del collegio docenti della sua classe del liceo e la docente responsabile dell'inclusione scolastica. Le difficoltà di frequenza scolastica di Paolo iniziano già dal secondo anno della scuola secondaria di primo grado, per poi protrarsi fino al liceo dove praticamente non ha mai frequentato. Paolo non va a scuola regolarmente da due anni, ha interrotto anche lo sport che amava tanto e svolgeva con successo, non sente più gli amici, rimane a casa e passa molto tempo con i videogiochi, spesso rimane sveglio di notte. Durante l'incontro Paolo parla, spiega, interagisce in maniera competente e racconta le sue difficoltà. C'è un forte scollamento fra l'atteggiamento, apparentemente sicuro di sé, e la realtà che vive, fatta essenzialmente di solitudine. I genitori si mostrano preoccupati ma al contempo ironici e minimizzanti, mascherando la loro preoccupazione con un sorridente atteggiamento di attesa che qualcosa sblocchi la situazione. La Scuola si dichiara disponibile e attenta, ma contemporaneamente usa un linguaggio tecnico e burocratico che, di fatto, la allontana da Paolo. Si percepisce chiaramente una sorta di paralisi del contesto, tutti "sanno" ma è difficile mettere in atto azioni concrete a supporto di Paolo. L'incontro con la nostra equipe ha messo in evidenza la necessità di attivare un progetto multimodale per lui e la sua famiglia, considerando la persistenza della condizione di ritiro, particolarmente aggravata da aspetti di tipo

depressivo oltre che ansioso. Nelle settimane successive sono stati attivati un percorso di supporto psicologico individuale e una presa in carico della UONPIA territoriale, un intervento di educativa domiciliare (ADE) ed incontri di supporto per la coppia genitoriale. Nel corso del primo anno di lavoro il focus dell'intervento integrato è stato quello di lavorare sui processi di autostima e di autoefficacia di Paolo, scegliendo insieme a lui e alla famiglia che la priorità non era per ora il rientro a scuola ma il "far ripartire" le principali aree di funzionamento adolescenziale: cura di sé, scelta di interessi, attività e amici. Si sta ancora lavorando con lui, ma la situazione è molto migliorata. Paolo ha ripreso la socialità, lo sport agonistico e sta frequentando una scuola privata per recuperare gli anni persi. Oggi esce ma soprattutto sorride ed è più intraprendente.

4.2. Luca

I genitori di Luca hanno chiesto un incontro perché, come diranno subito fin dall'inizio del colloquio, non sanno più come fare, sono disperati. A questo incontro ci sono solo loro, nessun altro. Luca, 16 anni, da circa 8 mesi ha interrotto qualsiasi attività e qualsiasi rapporto, anche con loro. Sta nella sua stanza tutto il giorno, non si fa vedere, non comunica con loro, esce dalla sua camera solo quando è sicuro che non ci sia nessuno in casa, spesso mangia la notte. I genitori lo raccontano da sempre come un bambino introverso, molto sensibile, semplice. Il percorso scolastico di Luca non è stato particolarmente critico, alti e bassi, sicuramente con difficoltà sul piano dell'inclusione data la sua timidezza. Il passaggio alla scuola superiore è stato difficile per lui, la madre racconta come lo vedesse sempre più silenzioso e chiuso in sé. Il primo anno di scuola si è concluso con qualche debito formativo ma da quel momento si innesca un progressivo peggioramento: Luca cerca sempre meno gli amici, riduce le attività sociali, non rientrerà a scuola e progressivamente si isolerà anche dalla sua famiglia. La frase più drammatica, che ben rappresenta la situazione che incontriamo, ce la riporta la madre di Luca: *"non so nemmeno più che volto ha, non lo vedo in viso da otto mesi"*. Inevitabilmente vengono alla nostra attenzione elementi sia ambientali, ma soprattutto di sviluppo che evidenziano un importante rischio di evoluzione verso un quadro psicopatologico complesso, per cui la famiglia viene inviata e accompagnata al Servizio di Neuropsichiatria dove accederà in maniera urgente. Il progetto messo in campo prevede il supporto genitoriale e l'attivazione di un educatore professionale (di formazione sanitaria) che si rechi a domicilio per tentare gradualmente un approccio con Luca. L'educatore rimarrà parecchie settimane fuori dalla porta chiusa della stanza di Luca e solo dopo molti tentativi riuscirà ad attivare un canale comunicativo con il ragazzo,

fatto di lettere passate sotto la porta. Da questo momento all'educatore verrà affiancato anche uno psicoterapeuta che comincerà a parlare con Luca. La fiducia del ragazzo verso gli operatori cresce al punto che Luca stesso farà richiesta esplicita di essere aiutato perché non riesce più a reggere la sofferenza, ha avuto "brutti pensieri" ed ha paura di farsi del male. Luca accetterà di uscire per vivere un periodo di ricovero ospedaliero. Dopo il ricovero Luca riprende gradualmente a riprogettare la sua vita, supportato dalla sua famiglia e dai servizi di salute mentale. Aprire quella porta è sicuramente stato un gesto concreto ma anche fortemente simbolico: aprire la porta verso una nuova possibilità. Quella porta ha deciso Luca di aprirla.

Co-autori

Riccardo Bertaccini, *Psicologo e Psicoterapeuta, Responsabile SSD Psicologia Clinica e Psicopatologia Dipendenze Patologiche Rimini - Ausl della Romagna*

Silvia Evangelisti, *Comune di Forlì Servizio Politiche per l'Educazione e per i Giovani, Unità Coordinamento pedagogico*

Marco De Masi, *Assistente sociale Servizio Benessere Sociale e Partecipazione Comune di Forlì*

Monica Pacetti, *Psichiatra e Psicoterapeuta, DSMDP - CSM di Forlì - Ausl della Romagna*

Bibliografia

- Bagnato K. *"L'hikikomori: un fenomeno di autoreclusione giovanile"*, Carocci, 2017.
- Bertaccini R. e Lambruschi F. (a cura di), *"Psicoterapia cognitiva dell'adolescente: setting clinico e strategie di intervento"*, Carocci, 2022.
- Bignamini S. *"I mutanti. Come cambia un figlio preadolescente"* ed. Solferino, 2018
- Costa S. e altri, *"Il quadro clinico del ritiro sociale (Hikikomori): elementi psicopatologici, diagnostici e di trattamento"*. *Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva* 2019;39:16-21
- Crepaldi M., *"Hikikomori. I giovani che non escono di casa"* ed. Alpes Italia, 2019
- Haidt, J. *"La generazione ansiosa"* Rizzoli, 2024.
- ISS Ministero della Salute, 2024.
- Lancini M., *"Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa"*, Raffaello Cortina, 2019.
- Mignolli S. e Locati A. *"Hikikomori. Il re escluso"*, Feltrinelli, 2023.
- Charmet G. *"Adolescenti misteriosi"*, Mimesis, 2024.
- Charmet, G.P. *"Gioventù rubata"* Rizzoli, 2022.
- Procacci M. e Semerari A. *"Ritiro sociale. Psicologia e clinica"*, Erikson, 2019
- Procacci M. e Sette S. *"Da soli per forza. Il ritiro sociale in adolescenza"*, Carocci, 2024
- Regione Emilia -Romagna, *"Linee di indirizzo su ritiro sociale. Prevenzione, rilevazione precoce ed attivazione di interventi di primo e secondo livello"*. sociale.regione.emilia-romagna.it Il futuro lo facciamo insieme, 2022.
- Rizzi A. e Silei F. *"Hikikomori"* Ed. illustrata - Einaudi Ragazzi, 2023.

Sitografia

- Regione Emilia-Romagna, *"Il ritiro sociale in adolescenza. Le tendenze del fenomeno nella prima rilevazione dei Servizi e degli Enti di formazione professionale dell'Emilia-Romagna"*. <https://sociale.regione.emilia-romagna.it> "Il futuro lo facciamo insieme" 2023.
- Regione Emilia-Romagna, *"Adolescenti in relazione. Essere adolescenti in Emilia-Romagna nel 2024"*, Giugno 2025 <https://sociale.regione.emilia-romagna.it>

Invisible Children

Intervento “Figli in Penombra” dell’Ausl di Modena

Rosalba Di Biase, Elena Firic, Francesca Formati,
Raffaella Giovanardi, Manuela Minetti,
Donatella Marrama

84

ABSTRACT

L'epidemiologia dei disturbi mentali in età evolutiva riveste una considerevole rilevanza in sanità pubblica. Numerose ricerche hanno ormai documentato la prevalenza dei problemi psichici di bambini e adolescenti nonché i fattori di rischio per la loro salute mentale. In particolare è dimostrato che l'essere figlio di un genitore con disagio psichico rappresenta una condizione di vulnerabilità che può ostacolare i processi di sviluppo e di socializzazione in età evolutiva. In considerazione di ciò il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) dell'Ausl di Modena ha pianificato e realizzato il progetto “Figli in penombra”. Il progetto è rivolto ai pazienti genitori in cura presso i Centri di Salute Mentale che hanno figli in un'età compresa tra i 5 e i 17 anni. Si articola in interventi psico-educativi rivolti alla coppia genitoriale ed alla famiglia intera. L'obiettivo primario è far prendere consapevolezza delle dinamiche familiari e migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia e a far sviluppare competenze e strategie per far fronte alle difficoltà. In questo articolo se ne tratterà il quadro concettuale e l'operatività nella pratica dei servizi.

Introduzione

La letteratura epidemiologica attesta l'esistenza di un'associazione tra disturbi mentali dei genitori e importanti livelli di rischio di comparsa di disturbi psichiatrici nei figli (Beardslee *et al*, 1998). Nel dettaglio il rischio per i figli di pazienti affetti da disturbi psichiatrici maggiori di soffrire della stessa malattia dei genitori è stimato essere dalle 15 alle 20 volte più elevato rispetto ai coetanei (Miziade, 2017). È altresì evidenza clinica, e non solo epidemiologica, che i pazienti adulti presentano di frequente in anamnesi una storia genitoriale di malattia psichica. La salute mentale di un genitore è determinata da tanti fattori, in parte anche dal tipo di accudimento che egli stesso ha ricevuto come bambino e molti aspetti, soprattutto relazionali, della genitorialità vengono trasmessi da una generazione all'altra. Anche se i genitori con problemi di salute mentale si preoccupano profondamente dei loro figli, sono spesso più

Rif.
Rosalba Di Biase, Psicologa, psicoterapeuta,
Responsabile UOS Psicopatologia dell'età evolutiva 0-13 Settore NPIA,
DSM-DP, AUSL Modena
059 2134450
r.dibiase@ausl.mo.it

in difficoltà nell'espressione della genitorialità. Essa difatti può alterare l'accessibilità materiale ed affettiva del genitore nei confronti del figlio e può ridurne le competenze di accudimento e cura. Come segnalano Van Santvoort e colleghi (2015) un'interazione disturbata tra genitore e figlio costituisce il fattore di rischio ambientale che spiega la maggior varianza nell'insorgenza di problemi psicologici nei figli. In tale direzione la letteratura ha documentato quanto siano importanti le attività di promozione della salute mentale fin dalla prima infanzia, ed in particolare quanto la genitorialità sia la variabile che maggiormente contribuisce ad esiti di salute positivi compreso quelli di salute mentale (Resnick, MD. et al, 1997). Alla luce di tali considerazioni, il Dipartimento di Salute Mentale della Ausl di Modena ha ideato il progetto "Figli in Penombra". Esso propone un insieme di interventi specialistici di prevenzione volti a contenere il rischio d'insorgenza di sintomi psichici nei minori figli di persone con disturbo mentale.

1. Obiettivi e alcuni dati target progetto Figli in penombra

Il progetto "Figli in penombra" si fonda su un approccio di rete e di sistema. I destinatari sono genitori con disagio psichico utenti del DSM-DP dell'AUSL di Modena, i loro partner e i loro figli di età compresa fra i 5 e i 17 anni. Il metodo adottato si rifà alle esperienze internazionali sviluppate in Finlandia da parte del Ministero del Welfare: "The Effective Family Programme" (Solantaus, Toikka, 2006) e quelle condotte in Italia presso l'Ospedale metropolitano Niguarda di Milano: "Progetto Semola" (Zanobio, Tasselli, Percudani, 2019).

Sul piano della organizzazione dei Servizi la progettazione e l'introduzione di questo intervento preventivo all'interno del DSM-DP territoriale ha implicato un notevole sforzo innovativo. La struttura erogativa è fondata sul lavoro di rete e la trasversalità. L'equipe di progetto, costituita da psicoterapeute specializzate nell'età evolutiva, educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica, svolge

il proprio lavoro come un nucleo flessibile e mobile nella rete, coordinandosi con i diversi professionisti appartenenti alle strutture sanitarie cui i pazienti afferiscono su tutto il territorio provinciale e con le reti secondarie informali.

Infine l'emergenza legata alla diffusione del Covid-19 ci ha posti dinnanzi la sfida del potere aiutare le persone, ed in particolare quelle più fragili in modo maggiormente integrato e con modalità differenti da quelle usuali. Si è quindi proceduto sin dall'inizio all'utilizzo della rete informatica/virtuale. La sperimentazione del Progetto On-Line ha previsto l'implementazione di interventi a distanza mantenendo fede agli obiettivi principali ed ampliandoli; quindi non solo riduzione del rischio di sviluppo di psicopatologie nei minori figli di genitori con disagio psichico ma anche supporto alla genitorialità nello specifico delle situazioni di stress collegate all'emergenza COVID-19.

Sul piano clinico il progetto si articola in due tipi di intervento.

Il primo chiamato "Let's Talk About Children" (Solantaus, Toikka, 2006) prevede tre colloqui rivolti ai genitori ed ai rispettivi partner. In questo percorso si analizza la quotidianità del minore, considerando il genitore come esperto del figlio. L'obiettivo infatti è supportare i genitori nel riflettere sui bisogni dei figli, su come essi affrontano il disagio psichico presente in famiglia e su come sia importante e possibile parlarne insieme.

Il secondo intervento, dedicato alla famiglia, "Family Talk Intervention", prevede cinque/sei colloqui rivolti ai genitori ed ai figli in cui con l'intero nucleo familiare si discutono le dinamiche e le relazioni interne ed esterne ad esso, le difficoltà e le potenzialità. In questo caso l'intervento con i genitori è focalizzato in una prima fase sul parlare apertamente del disagio psichico in famiglia, successivamente nel riflettere su eventuali supporti già presenti o che si potrebbero introdurre. La sezione del percorso dedicata ai figli prevede l'esplorazione della relazione con i genitori e della loro conoscenza sulla malattia.

	Madri	Padri	Tot.
F40-F49 Disturbi nevrotici legati a stress e somatoformi	18	5	23 (7,54%)
F30-F39 Disturbi dell'umore	73	26	99 (32,46%)
F60-F69 Disturbi della personalità e del comportamento	43	13	56 (18,36%)
F20-F29 Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	26	8	34 (11,15%)
F10-F19 Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive	7	5	12 (3,93%)
Nessuna diagnosi psichiatrica	43	38	81 (26,56%)
Tot.	210	95	
Tot. genitori			305 (100%)

Tab. 1 - Utenti adulti che hanno partecipato al progetto dal 2020-2024.

Infine si procede con il “family meeting” per aiutare ogni membro della famiglia a condividere domande, preoccupazioni, esperienze, sollecitando la famiglia a continuare ad avere di questi momenti di confronto nella quotidianità.

Il progetto ha avuto inizio nel gennaio 2020 e, sino al dicembre 2024, il numero di persone coinvolte sono state 305 genitori e 245 figli. Tra i genitori con disturbo psichico la distribuzione, in accordo con i trend epidemiologici della popolazione generale, evidenzia una prevalenza dei disturbi psichici nel genitore di sesso femminile (55% N=167), rispetto ai padri (19% N=57) ed ai genitori senza alcuna diagnosi (26,4% N=81). La frequenza dei cluster diagnostici è riportata in Tab. 1.

2. Valutazione degli esiti

Fin da principio il progetto ha previsto una valutazione dell'esito finalizzata alla rilevazione del cambiamento prodotto nel clima relazionale vissuto dal nucleo familiare, quindi con un focus sulla relazione genitori-figli. A tal fine sono stati scelti i questionari PSI-4-SF “Parenting Stress Index 4 Short Form” (Guarino et al, 2016) e l'SDQ, *Strengths and Difficulties Questionnaire*, (Tobia, 2011) somministrati al primo e all'ultimo colloquio.

Il PSI-4-SF questionario self-report per genitori di bambini di età compresa tra un mese e 12 anni, indaga il livello di stress specificamente riferito allo svolgimento del ruolo genitoriale. Oltre a un punteggio di stress totale, esso si compone di 3 scale:

- dominio del genitore o Parental Distress (PD), Parent-Child Disfunctional Interaction (P-CDI) che valuta la qualità della relazione;
 - dominio del bambino Difficult Child (DC) indice della difficoltà delle caratteristiche del bambino;
 - scala Risposta difensiva, che consente di avere informazioni sull'atteggiamento difensivo del rispondente.
- L'SDQ, questionario sui punti di forza e di debolezza, è uno strumento di screening per le difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva; il questionario indaga il comportamento del bambino, prendendo in considerazione cinque aree: Sintomi emotivi, Problemi comportamentali, Disattenzione/iperattività (ADHD), Rapporto con i pari e Comportamenti prosociali (Tobia, 2011).

Il punteggio totale sulle difficoltà è ottenuto sommando i punteggi di tutte le aree eccetto Rapporti con i pari e Comportamenti prosociali.

Per quanto riguarda i dati di esito, questi si sono potuti raccogliere e sistematizzare solo fino all'annualità 2022 per una riduzione delle presenze dell'équipe di progetto nell'organizzazione dei servizi che non ha permesso una sistematica raccolta dei dati.

I dati emersi dai questionari somministrati hanno consentito un confronto pre-post in un numero più limitato di persone (N=66) (Tab. 2).

- Nel dettaglio per quanto riguarda il PSI-4-SF sono stati analizzati 64 questionari su 86. Il punteggio totale medio al pre e post intervento è risultato pari a 69.4 vs 66.5 ($p = 0.39$). Si assiste dunque ad una riduzione dello stress totale seppur non statisticamente significativa. Osservando in dettaglio le sottoscale si può evidenziare un miglioramento alla sottoscala *Difficult Child*, bambino difficile, ($\Delta = 10$). Il miglioramento in questa scala evidenzia un cambiamento in positivo nella percezione da parte dei genitori del vissuto correlato al loro ruolo genitoriale e alla relazione con i propri figli.

Confrontando i punteggi al pre e post dei genitori con disturbo psichico e quelli dei partner si osserva al post intervento una riduzione del punteggio totale nei primi (78.3 vs 69.6) ed un aumento del punteggio nei secondi (38.7 vs 55.7). Ciò lascia ipotizzare che, come nei processi elaborativi, il partner abbia maturato un aumento della consapevolezza e di partecipazione alla più generale sofferenza familiare, con un aumento dello stress percepito.

- Per quanto riguarda l'SDQ sono stati analizzati 68 questionari su 86. Il punteggio totale medio al pre e post intervento è risultato pari a 11,5 vs 8,5 ($p < .05$) (Tabella 2). Dal confronto fra i test compilati da madri e padri emerge che i punteggi totali pre intervento sono più elevati per le prime rispetto ai secondi. Considerando le sole madri, la riduzione dei punteggi è più marcata, e statisticamente significativa passando da pre a post intervento da 1.67 del campione totale a 2.39 ($p < .05$).

I punteggi de l'SDQ suggeriscono come complessivamente anche la percezione che il genitore ha della sofferenza del figlio si riduca dopo l'intervento.

	N° questionari	Punteggio medio genitoti Pre-intervento	Punteggio medio genitori Post-intervento	p-value
PSI-4-SF	64	69,4	66,5	($p = 0.39$)
SDQ	68	11,5	8,5	($p < .05$)

Tab. 2 - Esiti Questionari PSI-4-SF e SDQ utenti anni 2020-2022.

Conclusioni

La sperimentazione del Progetto Figli in Penombra, considerando anche la prova ulteriore rappresentata dalla sfida pandemica coincidente con il suo esordio, si è realizzata nella costruzione di reti di prevenzione in salute mentale; intendendo le reti di prevenzione non tanto come la creazione di luoghi fisici, quanto di luoghi umani. Potremmo dire come quelli che Levy (1996) definisce “spazi antropologici”, costituiti da sistemi di prossimità, dipendenti dalle tecniche, dai significati, dal linguaggio, dalla cultura, dalle rappresentazioni e dalle emozioni umane. Il progetto infatti, ha avuto l'ambizione ultima non solo di offrire qualcosa di concreto alle persone che ne hanno bisogno ma di realizzare una transizione culturale ed operativa, da un'organizzazione di conoscenze centrate su una unità di tempo, di luogo e di azione (la malattia psichiatrica, i servizi di salute mentale, il ricovero) ad una decentrata in una molteplicità di tempi, di luoghi e di azioni (la salute mentale e le sue reti) fortemente interrelati.

Sul piano clinico la rilevazioni ed interpretazione degli esiti degli interventi, sebbene effettuata in un campione ristretto di utenti e solo per una parte della durata del progetto, ha evidenziato come lo stress genitoriale legato alla presenza in uno o entrambi genitori di un disturbo mentale impatti nella relazione genitori-figli ma, allo stesso tempo, che partecipare ad un intervento preventivo ha favorito la tenuta delle relazioni in un ottica di cambiamento. Sarebbe auspicabile in prospettiva futura valutare su un campione più ampio la significatività statistica degli interventi in particolare approfondendo rispetto a specifiche sottopopolazioni cliniche.

Co-autori

Elena Firic, *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica*
Ausl Modena

Francesca Formati, *Educatrice Professionale*
Ausl Modena

Raffaella Giovanardi, *Psicologa, psicoterapeuta*
Ausl Modena

Manuela Minetti, *Psicologa, psicoterapeuta*
Ausl Modena

Donatella Marrama, *Direttore Dipartimento Salute Mentale*
Ausl Modena

Bibliografia

- Beardslee W. R., Versage E.M. & Gladstone T.R. *Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years*. American Journal of Psychiatry, 1998; 154(4), 510-515.
- Beardslee W. R., Gladstone T.R., Wright E.J., Cooper A.B. *A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change*. Pediatrics, 2003; 112(2), e119-31.
- Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB. *Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder*. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(8):822-9.
- de Girolamo G., McGorry P. & Sartorius N. (eds). *Age of onset of mental disorders. Ethioopathogenetic and treatment implications*. Springer. Berlin 2019.
- Guarino A., Laghi F., Serantoni G., Di Blasio P., Camisasca E. *Parenting Stress Index – Fourth Edition (PSI-4)*, Giunti O.S., Firenze, 2016.
- Levy P. (1996). *L'intelligenza collettiva. Per una antropologia del cyberspazio*. Feltrinelli
- Miziade A. *At risk for serious mental illness-Screening children of patients with mood disorders or schizophrenia*. N. Engl. J Med 2017; 376:910-912
- Sieghetaler E., Munder T., Egger M. *Effect of Preventive Interventions in Mentally Ill Parents on the Mental Health of the Offspring: Systematic Review and Meta-Analysis*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012; 51(1):8-17.
- Solantaus T., Toikka S. *The Effective family Programme: Preventive services for the children of mentally ill parents in Finland*, International Journal of Mental Health Promotion, 8,3, 37-44.
- Solantaus T., Paavonen E.J., Toikka S., Punamaki R.L. *Preventive interventions in families with parental depression*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2010;19(12):883-92.
- Tobia V. & Marzocchi G. M. *The Strengths and Difficulties Questionnaire-Parents for Italian school-aged children: Psychometric properties and norms*. Child Psychiatry & Human Development, 2017.
- Thanhäuser M., Lemmer G., de Girolamo G., Christiansen H. *Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis*, Current Opinion in Psychiatry, 2017. 30(4), 283-299.
- Thorup AAE., Laursen TM., Munk-Olsen T., Ranning A., Mortensen PB., Plessen KJ., Nordentoft M (2017). *Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study*. Schizophr Res. 2017.
- Tobia V., Gabriele M. A. & Marzocchi G. M. . *Norme italiane dello Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Il comportamento dei bambini italiani valutato dai loro insegnanti*. Disturbi di attenzione e iperattività, 2011; 6, 167-174.
- UNICEF. *La condizione dell'infanzia nel mondo 2021 - Nella mia mente tutelare la salute mentale*. <https://www.unicef.it/pubblicazioni/sowc-2021-rapporto-in-sintesi/>.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet 2013; 382: 1575-86.
- World Health Organization. *10 Facts on Mental Health*. Available at http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en,2014.
- van Santvoort F., Hosman C.M., Janssens J.M., van Doesum K.T., Reupert A., van Loon L.M. *The Impact of Various parental mental Disorders on Children's Diagnoses: A Systematic Review*. Clinical Child and family Psychology Review, 2015; 18(4), 281-299.
- Zanobio A., Tasselli F., Percudani M., A cura di, *Famiglie sospese - Sostenere la genitorialità di fronte ai disturbi mentali degli adulti*, Franco Angeli Ed, Milano, 2019.

Sitografia

- <https://figliinpenombra.it/>
- <https://www.mybluebox.it/index.php>
- https://youtu.be/YUNT2ELC_FE
- <https://www.comip-italia.org>

Tracciare l'invisibile

Sviluppo di uno strumento predittivo per l'orientamento diagnostico di FASD in età evolutive a Ferrara

Gloria Basso, Franca Emanuelli,
Maria Giulia Nanni

88

ABSTRACT

I Disturbi dello Spettro Feto-Alcolico (FASD) rappresentano la principale causa prevenibile di disabilità neuroevolutiva, legata all'esposizione prenatale ad alcol. La diagnosi si configura come una sfida complessa, ostacolata dall'assenza di biomarcatori specifici e dall'eterogeneità dei quadri clinici. Nei bambini provenienti da contesti ad alto rischio sociale o da adozioni internazionali, inoltre, questa condizione risulta frequentemente misconosciuta e confusa con disturbi del neurosviluppo di più comune riscontro. Il progetto di ricerca si è orientato inizialmente sull'analisi retrospettiva dei segni clinici ricorrenti della patologia in ragazzi con diagnosi confermata, con l'obiettivo di elaborare un questionario predittivo volto a favorire l'orientamento diagnostico precoce di FASD in età evolutiva. A partire dai dati raccolti è stato dunque sviluppato uno strumento esplorativo, articolato in sezioni tematiche e somministrato in forma anonima ai genitori adottivi, tramite piattaforma online, con l'intento di individuare possibili segnali clinici utili a sostenere la diagnosi e l'attivazione precoce di interventi riabilitativi mirati. Il questionario proposto si configura come un elemento promettente, di immediata fruibilità e potenzialmente utile nell'orientare il sospetto diagnostico, offrendo un contributo concreto alla sfida della diagnosi precoce dei Disturbi dello Spettro Feto-Alcolico nella pratica clinica.

Introduzione

L'esposizione prenatale ad alcol costituisce un rilevante problema di salute pubblica, le cui conseguenze sullo sviluppo neurocognitivo, comportamentale e relazionale sono ampiamente documentate. I Disturbi dello Spettro Feto-Alcolico (FASD) rappresentano, in tale cornice, la principale causa prevenibile di disabilità neuroevolutiva, con una prevalenza stimata tra l'1% e il 5% nei Paesi occidentali, superiore a quella di numerose condizioni genetiche ben più note. (May, Gossage et al. 2009)

Nonostante ciò, la sindrome continua a essere largamente sotto-diagnosticata, complice l'assenza di biomarcatori

Rif.
Gloria Basso, medico specializzando in Oncologia
presso Istituto Oncologico Veneto (IOV)-IRCCS, Padova
348 1660381
gloriabasso98@gmail.com

specifici. (Murawski, Moore et al. 2015) Uno studio pubblicato su *"The Lancet"*, inoltre, evidenzia come il timing e l'intensità dell'esposizione alcolica possa modulare specifiche manifestazioni cliniche della FASD, rendendo la diagnosi complessa a causa della variabilità di quadri clinici, che spaziano dai tratti somatici dismorfici a deficit cognitivi, esecutivi e comportamentali.

La letteratura segnala come la FASD venga diagnosticata in media intorno ai 7-9 anni, spesso al termine di lunghi percorsi valutativi avviati per disturbi più comuni quali ADHD, disturbi specifici dell'apprendimento e dello spettro autistico, che non trovano adeguata risposta terapeutica. (Cook, Green et al. 2016)

Questo ritardo compromette l'attivazione precoce di specifici interventi riabilitativi, aggravando le difficoltà scolastiche, comportamentali e sociali di questi ragazzi. La criticità è particolarmente elevata tra i bambini provenienti da contesti svantaggiati o da adozioni internazionali, nei quali la prevalenza di esposizione prenatale ad alcol risulta più spiccata.

In tale scenario si colloca la tesi in oggetto, volta a indagare i segnali precoci della patologia in una coorte selezionata di soggetti adottati seguiti presso l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile (UO NPIA) di Ferrara. Tali ragazzi, presi in carico dal territorio con diagnosi accertata di FASD, sono stati inclusi in un protocollo osservazionale finalizzato a identificare i predittori clinici più frequentemente associati ad esposizione alcolica intrauterina.

I dati ottenuti hanno portato alla costruzione di un questionario strutturato, somministrato ai genitori adottivi e mirato alla raccolta sistematica di dati anamnestici, comportamentali e cognitivi suggestivi di esposizione prenatale ad alcol. L'obiettivo finale era dunque proporre uno strumento clinico pragmatico, replicabile e adattabile a diversi contesti, a supporto dei professionisti sanitari nell'orientamento diagnostico precoce di FASD.

L'ipotesi di fondo è che l'identificazione anticipata di segni e sintomi specifici, anche in assenza di fenotipi dismorfici conclamati, possa abbreviare i tempi diagnostici e consentire un accesso mirato alle risorse terapeutiche disponibili.

La metodologia adottata integra i criteri diagnostici internazionali con un approccio osservazionale centrato sulla valutazione longitudinale del bambino e sul coinvolgimento attivo della famiglia, riconoscendone il ruolo nella ricostruzione anamnestica e nella comprensione delle traiettorie evolutive del disturbo.

1. Fisiopatologia e principali manifestazioni cliniche di FASD

Numerosi studi sperimentali e clinici hanno documentato come l'esposizione prenatale all'alcol determini alterazioni profonde e persistenti nello sviluppo del sistema nervoso

centrale (SNC), costituendo il principale meccanismo patogenetico alla base dei Disturbi dello Spettro Feto-Alcolico (FASD). L'etanolo e i suoi metaboliti tossici come l'acetaldeide ostacolano i processi fondamentali della maturazione cerebrale, producendo alterazioni strutturali e sinaptiche delle reti neurali. (Basavarajappa, Subbanna, 2023).

Un ruolo cruciale è svolto dalla disfunzione dei principali sistemi neurotrasmettitoriali – glutammatergico, GABAergico e dopaminergico – la cui alterazione determina una riorganizzazione persistente della trasmissione sinaptica e contribuisce alla variabilità fenotipica osservata nei soggetti con FASD. (Olney, Wozniak et al. 2002) Tali interferenze si traducono, nella maggior parte dei casi, in effetti negativi sui domini cognitivo, emotivo e comportamentale e possono favorire lo sviluppo di comorbidità psichiatriche e l'insorgenza di condotte a rischio lungo l'arco della vita.

Diversi studi scientifici, infatti, imputano la perdita neuronale ad un ridotto rilascio di fattori antiossidanti e ad un aumento del rilascio di molecole neuroinfiammatorie da parte di microglia e astrociti, strutture cerebrali di sostegno ai neuroni. (Wilhelm, Guizzetti, 2016) L'assenza o l'immaturità degli enzimi epatici detossificanti l'etanolo, inoltre, amplifica l'effetto nocivo sullo sviluppo somatico, con implicazioni cliniche che vanno ben oltre la sfera neurocomportamentale. (Liu, Gao et al. 2016) Tale condizione biochimica contribuisce allo sviluppo di danni multiorgano, interessando, oltre al SNC, l'apparato cardiovascolare, il fegato stesso e il sistema scheletrico. (Caputo, Wood et al. 2016).

La fisiopatologia del disturbo, tuttavia, non dipende esclusivamente dal timing, dalla durata e dalla dose di esposizione, ma anche da fattori genetici e individuali che modulano la vulnerabilità fetale agli effetti teratogeni dell'alcol. Studi pionieristici, come quello condotto da Streissguth e Dehaene (1993) su coppie di gemelli, hanno dimostrato che la genetica esercita un'influenza predominante sui tratti dismorfici craniofacciali, mentre i domini di crescita e sviluppo neurofunzionale derivano da un'interazione più complessa tra fattori genetici e ambientali.

Tale imprevedibilità conferma come il rischio teratogeno non sia determinato unicamente dall'intensità e dal momento dell'esposizione, ma scaturisca dall'interazione dinamica tra fattori ambientali e vulnerabilità genetica individuale, che condizionano in modo decisivo la risposta fetale al danno alcol-indotto. (May, Gossage et al. 2011).

Per questo motivo, le principali società scientifiche internazionali convergono su un punto essenziale: la quantità di alcol considerata sicura in gravidanza è pari a zero.

2. Studio sperimentale per l'orientamento diagnostico della FASD presso la Neuropsichiatria Infantile di Ferrara

La ricerca ha adottato un disegno retrospettivo e osservazionale di tipo qualitativo, finalizzato all'individuazione di indicatori ricorrenti utili all'orientamento diagnostico precoce del Disturbo dello Spettro Alcolico Fetale in età evolutiva.

La ricerca si è basata sull'analisi sistematica di un campione costituito da sette pazienti in carico presso UO NP/IA di Ferrara.

La raccolta dei dati si è articolata attraverso due modalità complementari: la revisione delle informazioni cliniche già disponibili e la conduzione di interviste ai genitori dei pazienti. Tali colloqui, infatti, hanno offerto spunti fondamentali, permettendo di rilevare tematiche ricorrenti e aree di fragilità comuni spesso sottovalutate o non adeguatamente enfatizzate nella pratica clinica.

L'analisi approfondita delle storie cliniche e dei test diagnostici, orientati all'identificazione del livello di funzionamento globale dei soggetti, ha consentito di delineare una serie di indicatori clinicamente rilevanti, di natura anamnestica, comportamentale e neuroevolutiva, probabilmente correlati all'esposizione alcolica prenatale.

L'insieme degli elementi ricavati dall'analisi dei casi clinici ha costituito il fondamento concettuale per l'elaborazione di uno strumento osservazionale originale: il questionario, infatti, è stato strutturato a partire dalla storia personale e familiare, dalle modalità di espressione clinica e dai profili di sviluppo neurofunzionale emersi dal campione osservato. A integrazione delle strategie di raccolta dati, un ruolo significativo all'interno del processo analitico è stato ricoperto dalla partecipazione attiva a iniziative promosse dall'Associazione Italiana Disordini da Esposizione Fetale ad Alcol e/o Droghe (AIDEFAD), realtà di riferimento a livello nazionale e internazionale per la sensibilizzazione, la formazione e il supporto alle famiglie coinvolte nella gestione quotidiana di bambini e ragazzi con FASD.

Fondata con l'intento di colmare il vuoto informativo e assistenziale ancora esistente nel panorama italiano, AIDEFAD rappresenta una rete di confronto tra genitori, professionisti e operatori socio-sanitari impegnati nella diffusione di conoscenze aggiornate e nell'attuazione di buone pratiche a favore di una presa in carico precoce e multidimensionale di questi pazienti.

Gli incontri rivolti ai genitori adottivi di bambini in età evolutiva e di adolescenti con FASD, hanno consentito di raccogliere testimonianze significative e condivise, utili a far emergere i bisogni concreti delle famiglie e i temi più ricorrenti nelle fasi evolutiva e adolescenziale.

Tale contributo ha rappresentato una risorsa fondamentale nella scelta degli item del questionario, poiché ha permesso

di integrare la dimensione clinica con quella esperienziale, conferendo maggiore aderenza e sensibilità alle reali difficoltà vissute dalle famiglie nel quotidiano.

3. Il questionario e la discussione dei risultati

Il questionario di orientamento alla diagnosi dei Disturbi dello Spettro Feto-Alcolico è stato costruito come strumento preliminare di screening, finalizzato a individuare soggetti a rischio all'interno della popolazione pediatrica.

Somministrato per via telematica, lo strumento ha restituito dati preliminari incoraggianti, suscettibili di fungere da criterio orientativo per una valutazione multidimensionale. I risultati sono stati organizzati in quattro aree tematiche distinte:

- storia prenatale e anomalie morfologiche;
- alterazioni neurocognitive;
- aspetti comportamentali e relazionali;
- la storia dei trattamenti effettuati.

Il primo blocco di risposte del questionario, focalizzato sul ricercare fattori anamnestici, perinatali e morfologici ritenuti predittivi di FASD, ha evidenziato: la certa esposizione prenatale all'alcol e la nascita pretermine di questi ragazzi nel 57,1% dei casi.

Anche le diagnosi mediche ricevute alla nascita, come disabilità intellettiva o encefalopatia ipossico-ischemica, evidenti segnali di sofferenza perinatale, sono state riferite nel 57,1% del campione.

Tra gli aspetti morfologici, invece, la microcefalia è risultata il predittore più ricorrente con una frequenza del 100% di risposte positive. Le altre anomalie craniofacciali più evidenti includono il labbro superiore assottigliato, evidenziato nel 71,4% delle risposte e le malformazioni oculari nel 57,1%. Le cardiopatie congenite sono state registrate nel 42,9% dei casi selezionati dal campione, con particolare attenzione alla presenza del Forame Ovale Pervio.

Nel confronto con la letteratura, i dati ottenuti risultano coerenti con quanto descritto da May et al. (2018), secondo cui le anomalie craniofacciali, la microcefalia e le alterazioni viscerali costituiscono elementi fortemente associati a FASD. Per quanto riguarda gli item 19-33, relativi all'area cognitiva, esecutiva e degli apprendimenti, è emersa con elevata frequenza la presenza di difficoltà cognitive pervasive.

La difficoltà a concentrarsi è risultata la più ricorrente nel 85,7%, mentre la difficoltà a memorizzare concetti, le tappe di sviluppo ritardate e le difficoltà scolastiche erano presenti nel 71,4% del campione. Anche in questo caso, i dati emersi risultano sovrapponibili a quanto evidenziato dalla letteratura scientifica, come testimoniato da Mattson et al. (2019), che individua le difficoltà attentive, la compromissione della memoria di lavoro e le difficoltà nell'apprendimento come componenti cardine del profilo cognitivo nei bambini affetti da FASD.

Nell'ultima sezione del campione si analizzano il dominio comportamentale e i percorsi riabilitativi svolti in passato. I risultati ottenuti sembrano in accordo con quanto descritto da Pei et al. nel 2011 e Streissguth et al. nel 1996, che evidenziano pattern comportamentali ricorrenti, quali rigidità cognitiva, impulsività, disregolazione affettiva e scarsa consapevolezza delle conseguenze delle proprie azioni.

Conclusioni

Il progetto ha esplorato la possibilità di sviluppare uno strumento predittivo per l'identificazione precoce dei Disturbi dello Spettro Feto-Alcolico, attraverso la costruzione e la somministrazione di un questionario strutturato. L'analisi delle risposte, ricodificate in forma dicotomica e convertite in valori percentuali per soggetto, ha evidenziato una distribuzione con valori medio-alti, individuando una soglia empirica del 70% di item positivi, proposta come parametro orientativo in fase di screening. L'elaborazione di questa soglia percentuale, ricavata da un campione omogeneo per diagnosi, ha consentito di ipotizzare un possibile criterio operativo utile per rafforzare il sospetto clinico, laddove i dati anamnestici siano frammentari o sfumati.

Pur con limiti metodologici legati alla ridotta numerosità del campione e all'assenza di un gruppo di controllo, le percentuali ottenute confermano il valore positivo di una valutazione sistematica nei contesti clinici ad alto rischio. I punti di forza, invece, sono rappresentati dall'uniformità del campione e dalla pertinenza clinica degli item, che conferiscono coerenza interna e solidità all'indagine nella sua fase esplorativa.

Ulteriori sviluppi potranno riguardare la replicabilità del cut-off percentuale proposto in campioni più ampi, ma anche differenti da quello adottivo, per supportare in modo completo la valutazione multidisciplinare.

In conclusione, tracciare l'invisibile non significa ridurre la complessità diagnostica di questa patologia ai soli parametri numerici, ma individuare strumenti capaci di supportare il sospetto clinico di FASD, offrendo un contributo operativo alla pratica clinica della Neuropsichiatria Infantile.

Co-autori

Franca Emanuelli, *Direttrice UOC NPIA e Dipartimento Assistenza Integrata Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL Ferrara*

Maria Giulia Nanni, *Direttrice UOC Psichiatria Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara*

Bibliografia

- May PA., Gossage JP., Kalberg WO., Robinson LK., Buckley D., Manning M., et al. (2009) *Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies*. Dev Disabil Res Rev [Internet];15(3):176-92. Disponibile su: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ddrr.68>
- Murawski NJ., Moore EM., Thomas JD., Riley EP. (2015) *Advances in Diagnosis and Treatment of Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. Alcohol Res Curr Rev [Internet];37(1):97-108. Disponibile su: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476607/>
- Cook JL., Green CR., Lilley CM., Anderson SM., Baldwin ME., Chudley AE., et al. (2016) *Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan*. Can Med Assoc J [Internet];188(3):191-7. Disponibile su: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.141593>
- Basavarajappa BS., Subbanna S. (2023) *Synaptic Plasticity Abnormalities in Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. Cells [Internet];12(3):442. Disponibile su: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9913617/>
- Olney JW., Wozniak DF., Jevtovic-Todorovic V., Farber NB., Bittigau P., Ikonomidou C. (2002) *Glutamate and GABA receptor dysfunction in the fetal alcohol syndrome*. Neurotox Res [Internet];4(4):315-25. Disponibile su: <https://doi.org/10.1080/1029842021000010875>
- Wilhelm CJ., Guizzetti M. (2016) *Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview from the Glia Perspective*. Front Integr Neurosci [Internet];9:65. Disponibile su: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707276/>
- Liu Q., Gao F., Liu X., Li J., Wang Y., Han J., et al. (2016) *Prenatal alcohol exposure and offspring liver dysfunction: a systematic review and meta-analysis*. Arch Gynecol Obstet [Internet];294(2):225-31. Disponibile su: <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4109-7>
- Caputo, Wood, Jabbour. (2016) *Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review*. Birth Defects Res C Embryo Today;108(2):174-80.
- May PA., Gossage JP. (2011) *Maternal Risk Factors for Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. Alcohol Res Health [Internet];34(1):15-26. Disponibile su: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860552/>

E tu come stai?

Qualità di vita in persone over 50 anni con disturbi mentali cronici ed assistite in residenze nell'AUSL Piacenza

Ornella Bettinardi, Cappa Corrado,
Roberta Baroni, Elisabetta Brusamonti,
Nadia Fermi, Elisabetta Ghigini, Enrica Lucca,
Mara Oroboncoide, Massimo Rossetti, Piero Verani

ABSTRACT

Viene considerata una popolazione anziana di utenti con Severe Mental Illness (SMI) inseriti in residenze sanitarie e sociosanitarie di tipo psichiatrico: 18 persone in Residenze Trattamento Estensivo (RTE) sanitarie, 32 persone in Residenze sociosanitarie. Quasi tutti gli utenti del secondo gruppo transitano per un periodo precedente in RTE. A entrambi i gruppi è stata somministrata la WHO-QOL (De Girolamo et al, 2000) forma breve allo scopo di definire un livello di autopercezione della propria Quality of Life (QoL). La riflessione conseguente spinge a considerazioni di modifica dell'attuale assetto assistenziale e riabilitativo, intervenendo su diversi livelli: la motivazione personale (autodeterminazione), il contesto di destinazione per l'età anziana (diversità di contesti abitativi), gli interventi assistenziali/riabilitativi, come suggerito dal documento Regione Emilia-Romagna concernente la riforma delle strutture residenziali (Linee programmatiche sulla residenzialità 1322 del 01/07/2024).

Introduzione

La QoL è un concetto soggettivo e multidimensionale, definito dall'OMS come la percezione individuale della propria posizione nella vita, influenzata da salute, stato psicologico, indipendenza e contesto ambientale (WHO 1996). Nel contesto del Severe Mental Illness (SMI), la QoL è influenzata dal lungo periodo di residenza in strutture psichiatriche, specialmente per gli individui over 50. Nella permanenza prolungata in comunità terapeutiche, il Severe Mental Illness spesso riduce le prospettive di sviluppo personale e le ambizioni a una vita autonoma, creando una popolazione adulta e anziana con alti livelli di disabilità. Il documento regionale RER (2024) suggerisce di differenziare gli obiettivi di cura:

- per la disabilità lieve-moderata, l'obiettivo è la piena riabilitazione e inclusione sociale;
- per la disabilità grave e persistente, gli obiettivi devono essere più realistici a causa dei deficit presenti.

Per quest'ultimo gruppo, gli esiti attesi dagli interventi riabilitativi includono la stabilizzazione dei sintomi,

Rif.
Ornella Bettinardi, Psicologa-Psicoterapeuta,
Direttore ff UOC Psichiatria di Collegamento
e Inclusione Sociale DSMDP Ausl di Piacenza
0523 302521 - 328 3518180
o.bettinardi@ausl.pc.it

il mantenimento di un'accettabile qualità di vita e la conservazione delle abilità residuali attraverso l'attivazione comportamentale costante e un ambiente di supporto.

L'obiettivo del presente contributo è indagare la QoL e l'Autoefficacia Percepita nelle persone over 50 con SMI assistite in contesti residenziali sanitari e socio-sanitari.

1. Metodo

La casistica oggetto del presente studio è costituita da N=50 utenti con età \geq di 50 anni in carico al DSM-DP dell'AUSL di Piacenza in carico al 30 giugno 2025 di cui:

- N=18 (44%) inseriti presso Residenze Sanitarie Psichiatriche (RTE), a gestione AUSL.
- N=32 (56%) inseriti in Residenze sociosanitarie, di cui il 40% in Gruppi Appartamenti supportati e il 60% in Comunità Alloggio, a gestione socio-sanitaria con Enti del Terzo Settore. La suddivisione sovra-descritta è stata introdotta nel modello organizzativo del DSM-DP AUSL di Piacenza nell'anno 2017.

I servizi sono inseriti in distinte Unità Operative Semplici (UOS), entrambe gerarchicamente dipendenti dall' Unità Operativa Complessa (UOC) di Psichiatria di Collegamento e Inclusione Sociale (PCIS) preposta ad:

a) assolvere a quasi tutte le funzioni riabilitative per gli utenti con gravi disturbi mentali cronici (Severe Mental Illness, SMI) e del neurosviluppo (DNS).

b) gestire i percorsi riabilitativi del DSM in collaborazione con i CSM, a cui è preposta l'assistenza psichiatrica territoriale per gli adulti, con ruolo di co-progettazione e attuazione di tutti gli interventi di riabilitazione residenziale e territoriale (in particolare per quanto concerne i percorsi di avvio al lavoro).

L'inserimento nelle strutture avviene tramite una *Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM)* interna al DSM-DP che garantisce che i nuovi inserimenti ed i passaggi da RTE sanitaria a RTE sociosanitaria.

2. Descrizione casistica

La descrizione delle caratteristiche socio-anagrafiche e psicodiagnostiche della casistica in oggetto sono rispettivamente riportate in:

- Tab. 1 - per Età e Genere.
- Tab. 2 - per Diagnosi Psichiatrica.
- Tab. 3 - per durata permanenza in RTE.

Dalla Tab. 1 si evince l'omogeneità socio-anagrafica fra le due tipologie di residenzialità.

Dalla Tab. 2 si evince la prevalenza di persone con disturbi inerenti lo spettro psicotico (64%) presenti nelle RTE di età over 50 anni.

Dalla Tab. 3 si evince che il 50% degli over 50 anni è inserito in struttura da oltre due anni.

	RTE sanitarie (N=18) Media D.S.	RTE sociosan. (N=32) Media D.S.	Tot. (N=50) Media D.S.
Età	59 \pm 5°	58 \pm 4a	Media 59 \pm 5a
Genere	8 M (44%) 10 F (56%)	14 M (44%) 18 F (56%)	22M (44%) 28F (56%)

Tab. 1 - Valori medi, deviazioni standard dell'età e le frequenze e percentuali relative al genere.

	Disturbi Psicotici	Disturbi dell'Umore	Disturbi di Personalità	Disturbi Neurosviluppo	Dipendenze	Ansia	Tot.
Tot	32 (64%)	3 (6%)	6 (12%)	3 (6%)	2 (4%)	4 (8%)	50 (100%)

Tab. 2 - Frequenze relative alle Diagnosi Psichiatriche suddivise per Area Clinica.

	Entro 12 mesi	Da 1 a 2 anni	Oltre 2 anni	Tot.
RTE sanitarie	9	3 (60%)	6(24%)	18
RTE sociosan.	11	2(40%)	19 (76%)	32
Tot.	20 (40%)	5 (10%)	25 (50%)	50 (100%)

Tab. 3 - Frequenze relative alla durata di permanenza presso le strutture del Cerchio Verde e Blu.

3. Procedura

Tutti i pazienti sono stati valutati con gli strumenti psicometrici self-report:

- *WHOQOL-BREF* (De Girolamo et al., 2000) strumento comprendente 26 items messo a punto nell'ambito di un progetto internazionale promosso e coordinato dall'OMS e che indaga 4 aree che rappresentano il costrutto QoL connesso alla percezione soggettiva del paziente inerente all'area della sua salute fisica, salute psicologica, relazioni sociali, ambiente.

- *Fattore Cambiamento* (Anselmi et al., 2015, Bertolotti et al., 2015) costituito da 11 item che misura la percezione di cambiamento positivo ed il supporto sociale percepito.

4. Risultati

In Tab. 4 sono riportati i confronti effettuati con la statistica T student, fra i punteggi medi ottenuti alle Scale del Questionario *WHOQOL-BREF*, delle persone over 50 anni delle due tipologie di strutture da cui si evince l'omogeneità fra i due gruppi.

In Fig. 1 sono confrontati gli score medi della casistica over 50 con quelli campione normativo di riferimento da cui si evincono punteggi più bassi in particolare nell'area psicologica.

5. Relazione fra durata di permanenza e QOL

In Tab. 5 sono riportate le correlazioni di Pearson, della casistica over 50 anni, risultate statisticamente significative fra i punteggi delle Scale del *WHOQOL-BREF*, item 9 del Fattore C e durata di permanenza (under 2 anni/over 2 anni). Dalla Tabella 5 si evince che la QoL associata all'area sociale degli over 50 diviene più insoddisfacente con il protrarsi della permanenza ($r=-0,404$). La percezione di sentirsi in grado di affrontare le difficoltà anziché evitarle correla positivamente con la QoL associata all'area fisica, psicologica ed ambientale.

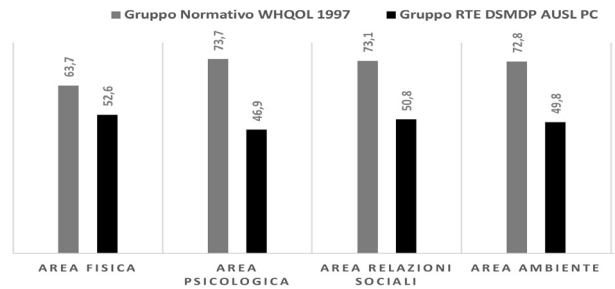


Fig. 1 - Confronto fra i punteggi medi del campione normativo questionario Whoqol-Bref con la casistica Over 50 esaminata.

		Durata	Area Psicologica T	Area rapporti sociali T	Area dell'ambiente T
Durata	Correlazione di Pearson			-,404	
	Sign. (a due code)			,011	
C9 Ho cercato di affrontare le difficoltà anziché evitarle	Correlazione di Pearson		,400		,463
	Sign. (a due code)		,019		,007
ETÀ	Correlazione di Pearson	,314			
	Sign. (a due code)	,026			

Tab. 5 - Correzioni significative nella casistica Over 50 anni fra durata, permanenza e qualità di vita.

6. Commento ai risultati e considerazioni conclusive

La discussione dei risultati evidenzia l'importanza di focalizzare l'attenzione su una popolazione anziana con SMI in contesto residenziale, che ha il diritto di mantenere e migliorare la propria QoL anche in vista di un possibile passaggio a contesti assistenziali per anziani.

Punti Chiave

- **Necessità di Supporto Sistemico:** è cruciale considerare la rete sociale impoverita di questa popolazione, rendendo necessarie politiche sanitarie che sostengano i familiari per mantenere il legame e il supporto al congiunto (Alejandro Jesús de Medina-Moragas et al 2024).

- **Rischio di Nuova Istituzionalizzazione:** nonostante il superamento formale dell'istituzione totale, le attuali strutture residenziali, pur se più piccole e «a misura

		Media	Deviazione std.	T student	P value
Area Fisica	RTE sociosanitaria	52,0	18,1	-0,296	0,769
	RTE sanitaria	53,6	17,7		
Area Psicologica	RTE sociosanitaria	49,1	19,8	0,947	0,349
	RTE sanitaria	44,1	21,9		
Area Rapporti Sociali	RTE sociosanitaria	50,5	23,4	-1,06	0,916
	RTE sanitaria	51,3	22,8		
Area Ambiente	RTE sociosanitaria	49,6	18,5	-0,111	0,912
	RTE sanitaria	51,3	18,8		

Tab. 4 - Confronto tra i punteggi medi di ciascuna delle aree misurate dal questionario WHOQOL-BREF suddivisi fra RTE socio-sanitarie e sanitarie.

d'uomo», rischiano di arenarsi in nuove forme di istituzionalizzazione se prive di una reale potenzialità riabilitativa.

- Strutture come Luoghi di Vita a Lungo Termine: il basso turnover dei residenti evidenziato da studi storici (PROGRES, 2002) dimostra che queste strutture, in particolare quelle sociosanitarie, diventano spesso il luogo di vita definitivo per le persone con SMI.

- Fattori di Miglioramento della QoL: il miglioramento della QoL in queste strutture è associato all'autonomia dei pazienti, all'autogestione e a un'efficace alleanza riabilitativa, spesso favorita dalla limitata numerosità degli ospiti (sotto le 12-15 persone) e dalla conseguente maggiore confidenzialità con gli operatori.

- Esigenza di Competenze Tecniche: esiste un sottogruppo di persone con SMI che necessita di sostegno continuo a lungo termine. I programmi di riabilitazione residenziale basati sulla recovery e su attività gradite migliorano significativamente la QoL, da cui l'esigenza di aumentare le competenze tecniche degli operatori per rispondere alle esigenze di QoL di questa popolazione anziana con SMI.

Co-autori

Corrado Cappa, Psichiatra-Psicoterapeuta,
*già Direttore UOC Psichiatria di Collegamento
e Inclusione Sociale DSMDP Ausl Piacenza*

**Roberta Baroni, Psicopedagoga Educatore
Professionale, Dirigente Professioni Sanitarie
Area Riabilitazione DSMDP Ausl Piacenza**

Elisabetta Brusamonti, Psichiatra-Psicoterapeuta,
*Direttore Sanitario Residenze Trattamento Estensive
della Psichiatria di Collegamento e Inclusione Sociale DSMDP
Ausl di Piacenza*

**Nadia Fermi, Infermiera, Incarico di funzione Area Abitare
Psichiatria di Collegamento e Inclusione Sociale DSMDP
Ausl Piacenza**

**Elisabetta Ghigini, Educatore Professionale, Coordinatore
Psichiatria di Collegamento e Inclusione Sociale DSMDP
Ausl Piacenza**

**Enrica Lucca, Assistente Sociale, Centro Salute Mentale DSMDP
Ausl di Piacenza**

**Mara Oroboncoide, Infermiera, Coordinatore Residenze
Trattamento Estensive Psichiatria di Collegamento
e Inclusione Sociale DSMDP Ausl Piacenza**

Massimo Rossetti, Psichiatra-Psicoterapeuta,
*Direttore Dipartimento Salute Mentale
e Dipendenze Patologiche Ausl Piacenza*

**Piero Verani, Psicologo Psicoterapeuta, Centro Salute Mentale
e referente Residenze Trattamento Estensive della Psichiatria
di Collegamento e Inclusione Sociale DSMDP Ausl Piacenza**

Bibliografia

Anselmi et al. *Health and Quality of Life Outcomes* (2015) 13:16 DOI 10.1186/s12955-014-0197-x/.

Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Sanavio E, Bottesi G, Bettinardi O, Zotti AM. *Metric qualities of the cognitive behavioral assessment for outcome evaluation to estimate psychological treatment effects. Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015 Sep 24;11:2449-60. doi: 10.2147/NDT.S86855. PMID: 26442466; PMCID: PMC4590581.

De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, B., Coppa, F., D'Addario, A., Darù, E., De Leo, D., Galassi, L., Mangelli, L., Marson, C., Neri G. & Soldani, L. (2000). 'La valutazione della qualità della vita: validazione del WHOQOL-Breve'. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 9, 45-55.

Regione Emilia-Romagna *direzione generale cura della persona, salute e welfare settore assistenza territoriale area salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri – Linee programmatiche sulla residenzialità dei servizi di salute mentale adulti, dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza della regione emilia-romagna*, 2024.

WHO Geneva, 1996 *What Quality of Life? The WHOQOL Group.* In: World Health Forum, Vol.17, p.354- 356.

Struttura residenziale dipendenze e invecchiamento utenza

Valutazione della Comunità Nefesh di Reggio Emilia

Daniele Fontanesi, Luana Oddi

96

ABSTRACT

Il saggio presenta il contributo di una delle più significative realtà del privato sociale accreditato, la cooperativa Nefesh, con cui il Servizio Dipendenze Patologiche di Reggio Emilia collabora per la riabilitazione e cura dei pazienti in carico (specie coloro che sono portatori di quadri pluri-patologici). La descrizione delle caratteristiche anagrafiche e cliniche dei pazienti ospitati si completa con un contributo su come le pratiche, le attività e gli interventi abbiano dovuto modificarsi ed adeguarsi ad una crescente tipologia di utenti over 50 che, pur non essendo anziani anagraficamente, lo sono da un punto di vista fisico per la presenza di patologie plurime che determinano invalidità psicofisica e perdita di autonomia. In una cornice nazionale che evidenzia una quota del 23% di utenti con età superiore a 54 anni (solo il 14% ha invece un'età inferiore a 30 anni) e del SerDP locale con la maggiore quota di utenti in carico corrispondente ad una popolazione over 40 (63,1%), la comunità Nefesh ha registrato un incremento, dal quinquennio 2015-2020 a quello 2021-2021, della quota di utenti con età pari o superiore a 50 anni passati dal 23% al 32% del totale dell'utenza e dal 3% all'11% per la quota di utenti con età pari o superiore a 60 anni.

Tali dati rendono auspicabile la definizione di interventi multidisciplinari e di nuove collaborazioni interservizi tesi a fornire una più appropriata risposta assistenziale ai bisogni sociosanitari di cui tale utenza è portatrice.

Introduzione

Come evidenziato nella relazione Annuale al Parlamento sulla situazione nazionale relativa a sostanze d'abuso e dipendenze patologiche (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2025), si sta assistendo ad un progressivo invecchiamento dell'utenza in carico ai servizi delle dipendenze (SerDP), esito, innanzitutto, delle lunghe prese in carico dei pazienti con disturbo da uso. Il tasso di persone in trattamento, a livello nazionale, è di 228 assistiti ogni 100.000 abitanti: il 63% degli utenti ha tra i 30 e i 54

Rif.
Daniele Fontanesi, *Educatore Professionale*,
Presidente "Nefesh società cooperativa sociale",
Responsabile sicurezza- formazione-qualità-accreditamento
della "Comunità Nefesh"
327 6673205
daniele.fontanesi@nefesh.it

anni (nel 1999 solo l'11% degli assistiti aveva più di 39 anni), il 23% ha superato i 54 anni e solo il 14% ha un'età inferiore a 30 anni. Parallelamente a ciò nella Relazione viene riportato un aumento dell'età media sia nei nuovi utenti (dai 31 anni del 1999 ai 34 anni del 2024), sia in quelli già noti (da 31 anni del 1999 ai 45 anni del 2024).

Tale dato è di sollecitazione per la definizione di modalità differenti di offerta assistenziale da parte dei SerDP e degli Enti Accreditati interessati anche loro da tale cambiamento "anagrafico" dell'utenza a loro in carico: con il riscontro a livello nazionale nell'arco temporale 2021-2024 di un aumento della percentuale di utenti over 40 che è passata dal 44% al 48%.

1. Ritorno al passato

La Comunità Nefesh di Rubiera (RE) nasce nel 1978 come "Casa della Carità" per opera di Don Lanfranco Lumetti ed alcuni parrochiani che fecero questa scelta di vita e di volontariato, ma ben presto, a causa del dilagare dell'utilizzo di eroina tra i giovani, verso la seconda metà degli anni '80, si specializza come Comunità per tossicodipendenti (così era l'accezione di quel tempo) e nel 2000 si accredita con il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna come struttura Pedagogica. Alla fine degli anni '70, alcuni sacerdoti del territorio reggiano mettono a disposizione gli immobili delle loro parrocchie per creare le cosiddette "Case della Carità", ovvero strutture di accoglienza per ogni tipologia di disagio sociale e problemi di salute: vi potevano accedere persone con gravi patologie invalidanti (sanitarie o psichiatriche) prive di una rete relazionale e familiare in grado di sostenerle, così come poteva bussare a queste porte chi aveva perso casa e lavoro, trovandosi in una condizione di emarginazione sociale grave. Negli anni '80, come scritto sopra, tra le persone che chiedono di entrare in Casa della Carità aumentano sempre di più i giovani adulti che hanno perso tutto (legami, casa e lavoro) a causa dell'eroina e dell'alcool. Si passa quindi da un volontariato che si occupa di "accudire" persone non autonome e malate, all'esigenza di assumere figure professionali (educatori) per proporre un percorso pedagogico-riabilitativo di emancipazione dalle sostanze. In questa fase (fine anni '80 e anni '90) le problematiche sanitarie sono perlopiù correlate all'utilizzo delle droghe assunte per via iniettiva ed a stili di vita a rischio ad iniziare dall'epatite C e dall'infezione HIV.

Negli ultimi anni si ha la sensazione di vivere un "ritorno al passato": la nostra Comunità, organizzata per offrire programmi riabilitativi (training DBT e gestione delle emozioni, gruppi e colloqui motivazionali, reinserimento socio-occupazionale), ha dovuto prestare maggiore

attenzione agli aspetti sanitari internistici, ritornando alle sue origini di "Casa della Carità". I dati degli ultimi dieci anni confermano tale cambiamento nella popolazione con problematiche di dipendenza da sostanze accolta dalla nostra struttura:

- 1) l'età media e l'età più ricorrente (moda) sono in costante aumento;
- 2) se confrontati con i pari degli anni '80 e '90, negli utenti attualmente ospitati si riscontrano con maggior frequenza quadri di comorbidità e cioè la presenza contemporanea di più patologie croniche.

2. Materiali, metodi e valutazione dati

2.1. Età utenza

Se nel 2016 l'età media dei nostri utenti era di 43,5 anni e l'età più ricorrente (moda) era 44 anni, nel 2024 la età media è di 46 anni e la moda di 50 anni; nei primi 9 mesi del 2025 la età media è di 47 anni e la moda è di 51 anni (nel periodo di stesura di tale articolo, nella Comunità gli over 60 costituiscono il 20% su 24 ospiti).

L'incremento della età anagrafica degli ospiti della comunità si osserva anche comparando il dato relativo quinquennio 2015-2020 con quello riferito al quinquennio successivo (Tab. 1). La percentuale complessiva degli utenti ospitati (124 persone di cui 18 di sesso femminile) tra il 2015 ed il 2020 e con età superiore ai 50 anni è stata del 23% (29 ospiti su 124, di cui 7 di sesso femminile), mentre il 64,5% aveva una età pari o superiore a 40 anni (80 ospiti su 124, di cui 15 di sesso femminile).

La percentuale cresce nel quinquennio successivo a 32% (54 su 169, di cui 10 di sesso femminile); la popolazione ospite della comunità nel suddetto quinquennio, con età superiore ai 40 anni, raggiunge la percentuale del 63% (107 ospiti su 169, di cui 21 di sesso femminile): vedi Tab. 2.

Fascia d'età all'ingresso	N°	% sul tot.	M	F
60 anni e oltre	4	3%	3	1
Dai 50 ai 59 anni	25	20%	19	6
Dai 40 ai 49 anni	51	41%	43	8
Dai 30 ai 39 anni	27	22%	25	2
Dai 18 ai 29 anni	17	14%	16	1

Tab. 1 - Distribuzione percentuale utenza ospiti Comunità Nefesh, dal 2015 al 2020, in relazione all'età.

Nota Tab. 1 nel quinquennio che va dal 18/08/2015 al 17/08/2020 la Cooperativa Nefesh ha accolto all'interno delle sue strutture dedicate alle Dipendenze 124 ospiti così distribuiti: 106 maschi e 18 femmine. L'età media era di 42 anni, la moda di 49.

Fascia età all'ingresso	N°	% sul tot.	M	F
60 anni e oltre	18	11%	13	5
Dai 50 ai 59 anni	36	21%	31	5
Dai 40 ai 49 anni	53	31%	42	11
Dai 30 ai 39 anni	41	24%	38	3
Dai 18 ai 29 anni	21	12%	19	2

Nota Tab. 2 - Nel quinquennio che va dal 18/08/2020 al 18/08/2025 la Cooperativa Nefesh ha accolto all'interno delle sue strutture dedicate alle Dipendenze 169 ospiti così distribuiti: 143 maschi e 26 femmine. L'età media è stata di 44 anni, la moda di 55.

Fascia età	N°	% sul tot.	M	F
60 anni e oltre	7	20,50%	3	4
Dai 50 ai 59 anni	11	32%	9	2
Dai 40 ai 49 anni	7	20,50%	6	1
Dai 30 ai 39 anni	8	24%	7	1
Dai 18 ai 29 anni	1	3%	1	0

Tab. 3 - Distribuzione percentuale utenza ospiti Comunità Nefesh presenti il 18/08/2025, in relazione all'età.

Nota Tab. 3 - Alla data del 18 agosto 2025 la Cooperativa Nefesh ospitava 34 persone, di cui 26 maschi e 8 femmine. L'età media dei presenti è di 47,5 anni, la moda è di 49 e 60 anni.

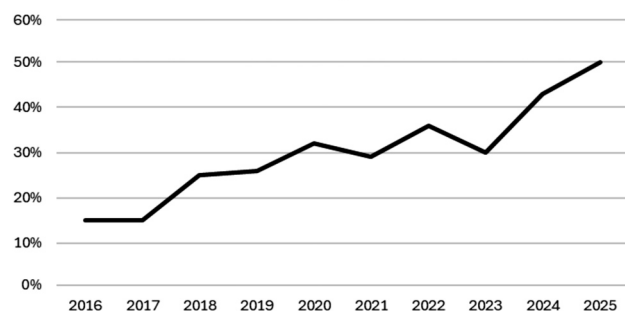
98

Il trend in aumento dell'età è stato confermato nell'ultimo anno di accoglienza, dal 18/08/2024 al 19/08/2025, periodo nel quale si evidenzia un incremento ulteriore del numero di ospiti "over 60" (19%) con un'età media dei presenti di 47 anni e una moda di 51 anni. Su 59 pazienti, oltre la metà pari al 52% (30 ospiti di cui 9 di sesso femminile) ha un'età pari o superiore a 50 anni ed il 67% (39 ospiti di cui 10 di sesso femminile) ha una età di 40 anni od oltre.

La fotografia attuale (Tab. 3) mostra che il 53% dell'utenza ospitata (18 persone su 34 di cui 6 di sesso femminile) è inquadrabile come ultra cinquantenne, con un'età media superiore a quella calcolata nell'utenza ospitata nell'ultimo anno (47,4 anni); ben oltre il 70 % (74% pari a 25 ospiti) ha una età pari o superiore a 40 anni con un numero di 7 persone di sesso femminile.

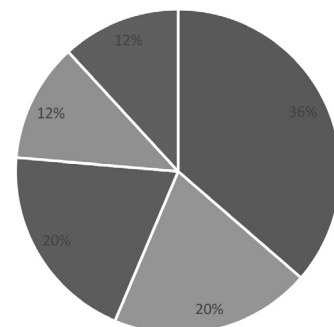
Nella Tab. 4 sono riportati i dati sulla progressione annuale per età media e range di età degli ospiti dal 2016 al 2025; in particolare, come meglio evidenziato nel grafico 1, si sta assistendo ad un trend crescente della percentuale di persone con età superiore ai 50 anni (over 50).

Nella Tab. 5 sono riportati i valori assoluti e le percentuali delle ospiti di sesso femminile differenziate a seconda che avessero un'età superiore o inferiore ai 50 anni.



Graf. 1 - Valori percentuali ospiti con età superiore ai 50 anni. Arco temporale dal 2016 al 2025.

OVER 50 - comorbidità



■ Cardiovascolari ■ Diabete ■ Obesità ■ Epatite C ■ Cirrosi

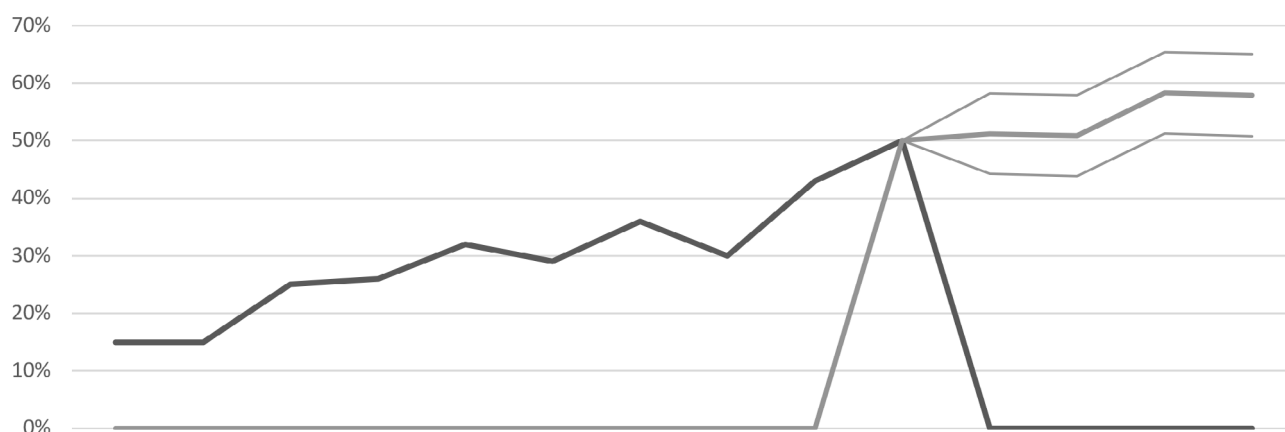
Graf. 2 - Distribuzione percentuale principali comorbidità.

Anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Età Media	43,6	40	42	42	42,6	44	45,7	45,6	46	47
Moda	44	47-48	49	50	50	43-52	60-55-30	49-61	50	51
Under 50	17	33	50	51	47	57	47	52	43	27
%	85%	85%	75%	74%	68%	71%	64%	70%	57%	50%
Over 50	3	6	17	18	22	23	26	22	32	27
%	15%	15%	25%	26%	32%	29%	36%	30%	43%	50%

Tab. 4 - Progressione annuale per età media e range di età degli ospiti Comunità Nefesh dal 2016 al 2025.

F Under 50	1	1	7	5	6	10	7	6	3	2
%	100%	50%	64%	50%	55%	77%	78%	60%	38%	22%
F Over 50	0	1	4	5	5	3	2	4	5	7
%	0%	50%	36%	50%	45%	23%	22%	40%	62%	78%

Tab. 5 - Numeri e percentuali delle ospiti Comunità Nefesh di sesso femminile distinte anno per anno.



Graf. 3 - Previsione aumento valori % pazienti OVER 50 inseriti in percorsi comunitari residenziali.

2.2. Comorbidità

Dalla analisi socio-sanitaria dell'utenza con età superiore ai 50 anni, le problematiche sanitarie concorrenti più ricorrenti sono quelle cardiovascolari (40%), il diabete (22%) ed il sovrappeso grave (22%).

Per ciò che riguarda la comorbidità, il 13% dei pazienti over 50 è in carico al servizio di Malattie Infettive per epatite virale cronica di tipo C e sempre un 13% soffre di cirrosi epatica. Ad accompagnare le dipendenze che caratterizzano l'ingresso in Comunità, la presenza del tabagismo è molto forte (93%).

Infine, si segnala la presenza di utenti con problemi di deambulazione.

Discussione

I dati riportati evidenziano come si stia strutturando un cambiamento delle caratteristiche, innanzitutto anagrafiche, dell'utenza inserita dai servizi delle Dipendenze Patologiche nella struttura comunitaria residenziale Nefesh, gestita da una delle cooperative del Privato Sociale Accreditato.

Indicativo, in tal senso, il confronto tra i dati relativi a due periodi di rilevazione, il quinquennio 2015-2020 e quello 2021-2024: sebbene l'età media degli utenti accolti sia aumentata con uno scostamento lieve (2%), i dati più interessanti sono l'aumento degli "over 50" totali che passano dal 23% al 32% del totale dell'utenza e l'aumento degli "over 60" che passa dal 3% del primo quinquennio

Fascia età	N	%
16-28	393	10,8
29-40	951	26,1
>40	2299	63,1
Tot.	3643	100

Tab. 6 - Utenti in carico ai SerDP di Reggio Emilia. Anno: 2024. Fonte: Report annuale SerDP di Reggio Emilia.

all'11% del secondo. Possiamo, inoltre, ritenere che, come si evince anche dai dati dell'ultimo anno (agosto 2024 - agosto 2025) e dalla fotografia allo stato attuale (agosto 2025), l'età media delle persone accolte si è alzata con un *trend* in crescita che si ipotizza possa mantenersi anche nei prossimi anni in mancanza di cambiamenti strutturali inerenti l'offerta dei servizi o la tipologia dei consumi (vedi Graf. 3).

Si può inoltre ipotizzare che i dati del crescente invecchiamento non sia l'effetto di una "selezione" dell'utenza inviata alla Comunità oggetto di tale studio, al contrario risulta essere l'evoluzione delle caratteristiche psicosociali dell'utenza dei servizi nella nostra provincia. Il Report annuale sull'attività del SerDP di Reggio Emilia evidenzia, in linea con i dati nazionali, come la maggiore quota di utenti in carico corrisponda alla popolazione over 40 (Tab. 6).

Caso clinico 1 M di 55 anni per il quale nel corso di un anno sono state espletate oltre 10 diverse tipologie di prestazioni sanitarie con accessi a plurimi servizi specialistici: servizi di Emergenza Urgenza, cardiologia, chirurgia vascolare ed angiologia, servizio odontoiatrico, dermatologia, endocrinologia, laboratorio di patologia clinica, psicologia neuro-cognitiva, neurologia, fisioterapia, oculistica, otorinolaringoiatria, radiologia.

Caso clinico 2 M di 50 anni; visite specialistiche presso: pneumologia, angiologia, diabetologia, medicina nutrizionistica, cardiologia, radiologia, dermatologia, oculistica, otorinolaringoiatria; intervento due volte a settimana di un Operatore Socio-Sanitario esterno alla Struttura per l'igiene personale che l'utente non riesce a garantirsi perché obeso.

Tab. 7 - Descrizione di due casi clinici relativi ospiti della Comunità Nefesh.

A questo “trend al rialzo” dell'età degli utenti, “si deve” constatare un dato ancor più rilevante, ovvero l'aumento delle patologie correlate e coesistenti e la loro manifestazione in pazienti relativamente “giovani”. Facendo una fotografia degli ospiti attualmente presenti nella Comunità della Cooperativa Nefesh, la riflessione emergente è che la tipologia delle problematiche sanitarie presenti e l'incidenza delle stesse sulla qualità della vita facciano pensare ad un'età media ben più alta, con quadro clinico equiparabile all'anziano.

Per comprendere meglio quanto affermato, si riportano due casi clinici (Tab. 7) ove emerge intensità e pluralità degli interventi richiesti per il monitoraggio e cura delle patologie comorbili. Seppur di età inferiore ai 65 anni, questi due utenti (come tanti altri) presentano una situazione sanitaria equiparabile all'anziano.

Nel confronto con i Servizi Sociali del Territorio (Unione Tresinaro Secchia) di riferimento della Comunità Nefesh è emerso il comune riscontro di una precarizzazione sanitaria caratterizzata da un numero crescente di adulti con quadri clinici equiparabili all'anziano ed invalidanti a causa di: deterioramento cognitivo, neuropatie, cirrosi e complicanze di quadri ipertensivi o diabete per generalizzata severa trascuratezza nella gestione delle stesse. L'aumento di tali situazioni si inserisce in un quadro di precarizzazione socio-relazionale e di povertà. Quest'ultima, ed in particolare l'essere senza dimora, appare significativo determinante sociale riducendo: la capacità e la possibilità di adottare stili di vita più sani e l'accesso alle cure per mancanza di soldi. Più alto, inoltre, è il rischio, in condizioni di fragilità socio-economica e di precarietà abitativa, di sviluppare disturbi comportamentali quali la dipendenza patologica e psicopatologie (Barry, 2024).

3.1. Nuove esigenze

I cambiamenti dell'organizzazione interna della Comunità avvenuti in questi ultimi anni e conseguenti alla variazione delle caratteristiche e delle esigenze cliniche dell'utenza sono facili da individuare. L'impennata delle prestazioni sanitarie ha obbligato l'Equipe a ristrutturarsi per poter garantire la miriade di trasferte quotidiane: il ricorso al mondo del volontariato (risorsa preziosa) per gli accompagnamenti più semplici, ottimizzazione dei turni e degli orari degli operatori in funzione dell'agenda giornaliera e del planning settimanale.

Per tali pazienti non sono presenti, ad oggi, nel nostro territorio, delle reali soluzioni dedicate, sebbene si siano attivati sempre più confronti ed interventi integrati interservizi che vedono il coinvolgimento peculiare delle Cure Primarie e della Medicina Generale: al fine di garantire l'appropriata assistenza sociosanitaria ai pazienti con prevalente invalidità fisica (in primis deambulatoria) o cognitiva, il SerDP ha avviato delle collaborazioni con le Cure Primarie tese a fornire, (anche grazie fondi PNRR dedicati), presidi ortopedici od ore di assistenza socio-sanitaria ed assistenziale per supporti alla gestione dell'igiene e della quotidianità (OSS, cure domiciliari). Essenziale si è rivelato, per la selezione degli interventi più adeguati, un approccio incentrato sul paziente (Freedman, 2020).

3.2. “Il corpo accusa il colpo”

Prendiamo in prestito il titolo di un'importante opera del dottor Bessel Van Der Kolk (2015) per affermare che tale cambiamento del programma terapeutico non diminuisce affatto la qualità del percorso comunitario se questo prevede una maggiore attenzione alle esigenze sanitarie: a nostro avviso, le prestazioni internistiche possono inserirsi proficuamente in un percorso riabilitativo che per tradizione era composto principalmente da gruppi, colloqui e reinserimento socio-lavorativo.

Se da una parte c'è la necessità di offrire ad ogni singolo utente un programma comunitario sul disturbo di dipendenza ed utilizzo di sostanze, dall'altra c'è l'esigenza di assicurare il miglior accesso possibile alle cure primarie. Come già descritto, oggi la Comunità Nefesh riesce a garantire le due esigenze, cercando di dare ad entrambe la stessa attenzione, in un equilibrio che si gioca sulla programmazione mensile e sulla gestione degli imprevisti quotidiani (disponibilità dei volontari, emergenze e visite dell'ultimo minuto).

In tale cambiamento del lavoro in Comunità, centrale appare la diade corpo *versus* mente: perché le prestazioni internistiche e le cure primarie possono essere considerate importanti alla stregua degli obiettivi di un percorso riabilitativo?

Secondo Van Der Kolk il corpo può essere considerato una sorta di "ricettacolo" dei dolori e delle avversità della vita (Traumi con la "T" grande e con la "t" piccola, abbandoni, stress), ovvero colui che ne paga le conseguenze: *«il corpo porta i segni: dato che il trauma è codificato attraverso sensazioni corporee, viscerali, cardiache»*.

Il corpo prende la parola (se non lo ascolti): quindi assumono un valore altamente riabilitativo tutte quelle attività che portano gli utenti a prendere maggiore consapevolezza e contatto con il proprio corpo (mindfulness e yoga così come l'igiene personale e la salute): *«Per cambiare, le persone hanno bisogno di prendere consapevolezza delle proprie sensazioni e del modo in cui il corpo interagisce con il mondo che lo circonda. L'autoconsapevolezza corporea è il primo passo per liberarsi dalla tirannia del passato». «In altre parole, il trauma fa sentire le persone come se fossero in qualche altro corpo, o come in nessun corpo. Per superare il trauma, si ha bisogno di aiuto per tornare in contatto con il proprio corpo, con il proprio Sè»*.

Questa sorta di disconnessione "protettiva" verso il proprio corpo, associata allo svilupparsi di un attaccamento "insicuro", porta l'individuo a non ascoltare i segni ed i segnali che l'organismo manda durante tutto l'arco della vita. Secondo Morgan (2021), per poter aiutare le persone a prendere consapevolezza del proprio corpo e poter iniziare un percorso di benessere che non sia solo mentale ma anche fisico, è necessario rispondere all'esigenza di sentirsi al sicuro: *«sono giunto alla conclusione che il "cuore" della dipendenza sia l'assenza di connessione e appartenenza. Le dipendenze comportano legami infranti e relazioni andate a male ... le avversità rompono la promessa originaria di accudimento e connessione – il diritto vitale di sicurezza e protezione ... di conseguenza, il primo passo verso l'avvio di una relazione terapeutica deve essere quello di*

stabilire un'esperienza di sicurezza percepita ... percepire la sicurezza aiuta i pazienti a rilassare la loro posizione di guardia».

3.3. Nuovi obiettivi

Come già scritto, si recupera una parte del nostro passato (Casa della Carità) ma adattato al presente con una nuova consapevolezza, ovvero che la cura del corpo e della salute fanno parte integrante del programma individuale e che la "relazione terapeutica" che si instaura tra operatori e pazienti è uno strumento fondamentale per far sentire questi ultimi al sicuro e permetter loro di aprirsi volontariamente al trattamento riabilitativo, diventandone i protagonisti. Per Van der Koll, la salute mentale si gioca sulle difficoltà relazionali: *«potersi sentire al sicuro con le altre persone è forse l'aspetto più importante della salute mentale ... il supporto sociale costituisce la protezione più potente contro la sopraffazione prodotta dallo stress traumatico»*. E ancora: *«Per supporto sociale non si intende la mera presenza di altri. Il punto cruciale è la reciprocità: essere veramente sentiti e visti dalle persone intorno a noi, sentire di essere compresi nella mente e nel cuore di qualcun altro»*.

Conclusioni

All'interno dell'attuale "mare magnum" di prestazioni mediche che pervadono la quotidianità, riteniamo indispensabile che nella nostra "Comunità Nefesh" si riesca a tenere vicini e uniti il rapporto terapeutico-relazionale con le richieste di accertamenti sanitari ricevuti dagli utenti: è proprio attraverso l'ascolto, la comprensione, la condivisione, il dialogo e la mediazione che riusciamo ad offrire un servizio puntuale e preciso perché agevolati nel capire quali sono le priorità e agevolati nel canalizzare le nostre risorse.

Alla luce dell'invecchiamento della popolazione e delle complesse esigenze delle fasce più anziane, appare auspicabile la definizione di linee guida per garantire una assistenza di qualità all'interno di contesti residenziali (Beaujoin, 2023). Infatti, se la relazione terapeutica consente di "vedere" tutti (anche i più silenziosi) e di intercettare quelle emergenze che a volte si manifestano solo dopo un lungo decorso sotterraneo, prioritaria diventa la prassi di collaborazioni interservizi (SerDP/Cure Primarie, Handicap Adulto, Medici di Medicina Generale) ed inter-istituzionali (SerDP-Ausl/Enti Locali-Servizi Sociali) nella costruzione e mantenimento dei percorsi all'interno delle comunità terapeutiche con il comune obiettivo di migliorare lo stato di salute delle persone,

potenziare/mantenere le risorse residue e favorire un'autonomia socio-abitativa e relazionale. Riteniamo essenziale continuare a studiare i bisogni di tale popolazione che accede alla rete dei servizi delle Dipendenze Patologiche spesso proveniente da contesti di povertà, solitudine ed emarginazione che andranno a costituire la frangia dei cosiddetti "giganti geriatrici" esposti al rischio di ulteriore precarizzazione ed isolamento (Freedman, 2020), in assenza di nuovi modelli "territoriali" di assistenza relazionale e socio-sanitaria anche a lungo termine.

Co-autore

Luana Oddi, Tossicologa, Responsabile Servizio Bassa Soglia, SerDP DAI SM DP - AUSL Reggio Emilia

Bibliografia

- Barry R, Rittenbach K, Seitz D, et al. *Prevalence of Mental Health Disorders Among Individuals Experiencing Homelessness: A Systematic Review and Meta-Analysis*. JAMA Psychiatry, 2024;81(7):691-699.
- Beaujoin C, Wagner V, et al. *Substance use among older residents in residential and long-term care facilities: A scoping review on intervention practices*. Sante Ment Que, 2023;48(2):257-294.
- Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze. *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*, 2025. Edz Presidenza del Consiglio, 2025.
- Freedman A, Nicolle J. *Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care*. Can Fam Physician, 2020;66(3):176-182.
- Morgan OJ. *Dipendenze, attaccamento, trauma e recovery*. Edz Giovanni Fioriti Editore, 2021.
- Nakazawa DJ. *Infanzia interrotta. Come la tua biografia diventa la tua biologia e come guarire* (Atria Books, 2015).
- Van der Kolk B. *Il Corpo accusa il colpo*. Edz Raffaello Cortina Editore, 2015.

Programmi riabilitativi residenziali per “old users” in Romagna

Caratteristiche ed esiti per una valutazione retrospettiva

Patrizio Lamonaca, Teo Vignoli

ABSTRACT

La ricerca retrospettiva eseguita sulle comunità terapeutico-riabilitative e pedagogico-riabilitative in accordo di fornitura con l'AUSL della Romagna con accreditamento regionale, relativamente alle caratteristiche dei pazienti over 50 presenti nelle strutture nel 2024, ha messo in luce alcuni aspetti interessanti. In primis la rilevanza in termini quantitativi di questa fascia di pazienti che esprime un nuovo e crescente bisogno nella clinica e riabilitazione delle dipendenze patologiche. In seconda battuta la presenza di una discreta percentuale di percorsi completati, che conferma quanto il percorso residenziale possa essere una opportunità di cura importante anche per questa categoria di pazienti che molto spesso ha già eseguito altri percorsi in precedenza. E infine le caratteristiche specifiche in termini di sostanze prevalenti, polifarmacoterapia e comorbidità che ci aiuta a identificare alcune caratteristiche su cui costruire una personalizzazione dei trattamenti riabilitativi per gli old users.

103

Introduzione

Le sfide relative ai trattamenti residenziali in rete e in cooperazione con i programmi ambulatoriali e di reinserimento sul territorio sono molteplici: tra queste un fenomeno emergente è quello degli old users e quindi pazienti over 50 che, dopo una storia di consumo di sostanze psicoattive, entra in percorsi di tipo riabilitativo per la prima volta o dopo una serie di altri percorsi. Tale categoria di pazienti, che anche nei servizi territoriali sta aumentando grazie all'aumento della aspettativa di vita dei pazienti con dipendenza patologica, evidenzia delle complessità e delle criticità differenti al giovane e al giovane-adulto.

1. Metodologia di ricerca

Obiettivo della presente ricerca è fare una fotografia dei pazienti, così detti “old users” (over 50), in trattamento

Rif.
Patrizio Lamonaca, Direttore Generale Fondazione
Nuovo Villaggio del Fanciullo, Ravenna
0544 603518
direzione@villaggiofanciullo.org
Teo Vignoli, Direttore Unità Operativa Complessa
Dipendenze Patologiche Rimini/AUSL della Romagna
0541 653114
teo.vignoli@auslromagna.it

residenziale presso strutture accreditate per le dipendenze patologiche, per ragionare sulla appropriatezza dei percorsi e sulle azioni di miglioramento.

La ricerca è stata realizzata con dati forniti da 6 Enti gestori accreditati del territorio dell'AUSL Romagna:

- Comunità San Patrignano.
- Coop. Cento Fiori.
- Comunità Papa Giovanni XXIII.
- Comunità San Maurizio.
- Coop. Comes.
- Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo.

È stato richiesto a tutti gli enti gestori di selezionare la documentazione clinica dei percorsi riabilitativi di tutti i pazienti che presentavano i seguenti criteri di inclusione: pazienti con età pari o superiore a 50 anni, che hanno eseguito almeno 1 giorno di progetto riabilitativo presso le strutture residenziali accreditate, nel periodo compreso dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024.

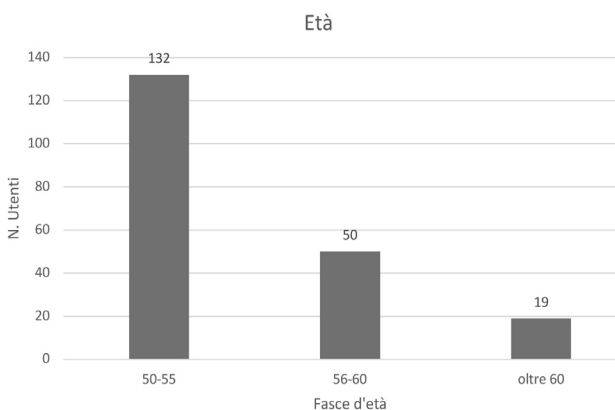
Per ogni paziente selezionato è stato richiesto di compilare un database di informazioni comprendente l'età, la diagnosi di ingresso, la sostanza di abuso primaria e secondaria, la presenza di doppia diagnosi, di provvedimento giuridico e di terapia farmacologica, la data di inizio e fine percorso, la anamnesi positiva per pregressi percorsi e l'esito del percorso in essere nel 2024 per tutti coloro che lo avevano concluso.

2. Elaborazione dati utenti strutture residenziali presenti nel 2024

La ricerca ha rilevato un totale dei pazienti che corrispondevano ai criteri di inclusione della ricerca pari a 201.

Età

L'età dei pazienti è stata suddivisa in 3 aree: 50-55, 56-60, oltre 60 (Graf. 1).



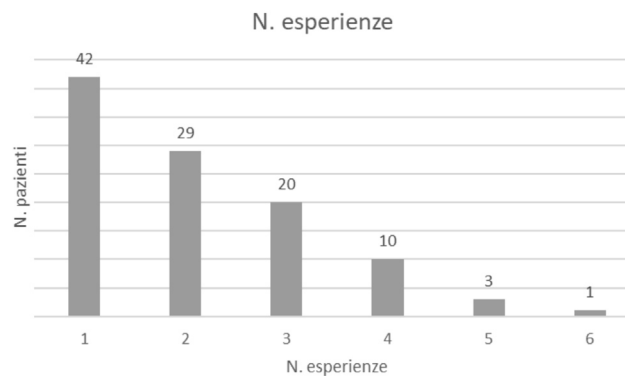
Graf. 1.

Altre esperienze residenziali

105 pazienti (circa il 52%) hanno fatto altri percorsi residenziali.

Nel graf. 2 sono riportati i numeri di percorsi effettuati.

Da evidenziare che 63 pazienti hanno fatto più di un percorso residenziale.



Graf. 2.

Provvedimenti

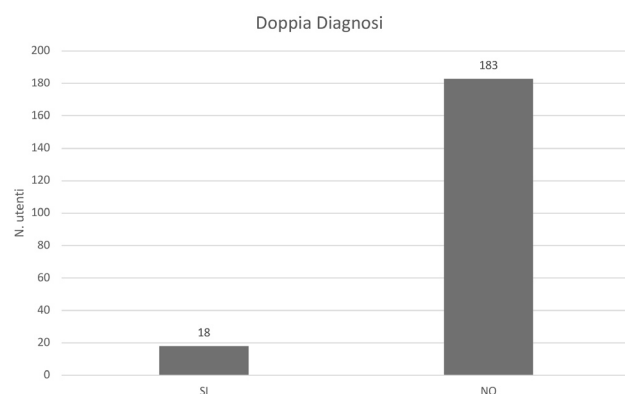
54 pazienti (circa il 27%) hanno un provvedimento, di questi 52 di tipo penale (Graf. 3).



Graf. 3.

Doppia Diagnosi

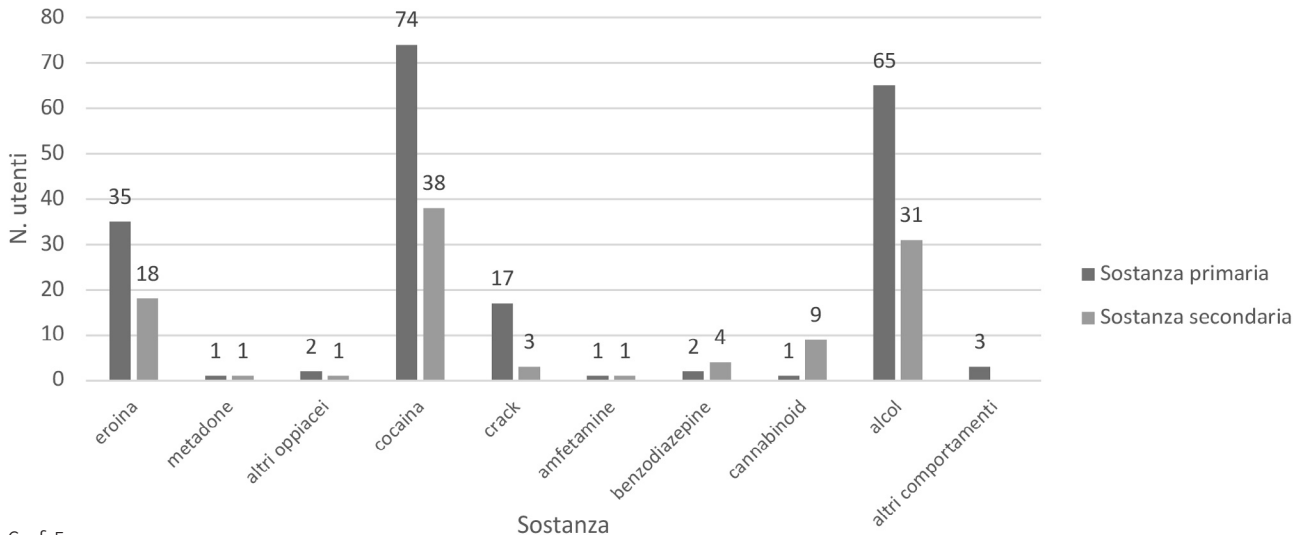
Dai dati elaborati si evidenziano che 18 pazienti (circa il 9%), in ingresso, presentano una comorbidità psichiatrica (Graf. 4).



Graf. 4.

Sostanza primaria e secondaria di assunzione

La sostanza di assunzione primaria è la cocaina (circa il 37%), seguita dall'alcol (circa il 32%) ed eroina (circa il 17%). Da evidenziare che in 17 casi (circa 8%) la sostanza di assunzione primaria è il crack.



Graf. 5.

Esiti percorsi

Il 56,7% dei pz (114) hanno terminato il percorso nel 2024, di questi il 41,2% ha abbandonato.

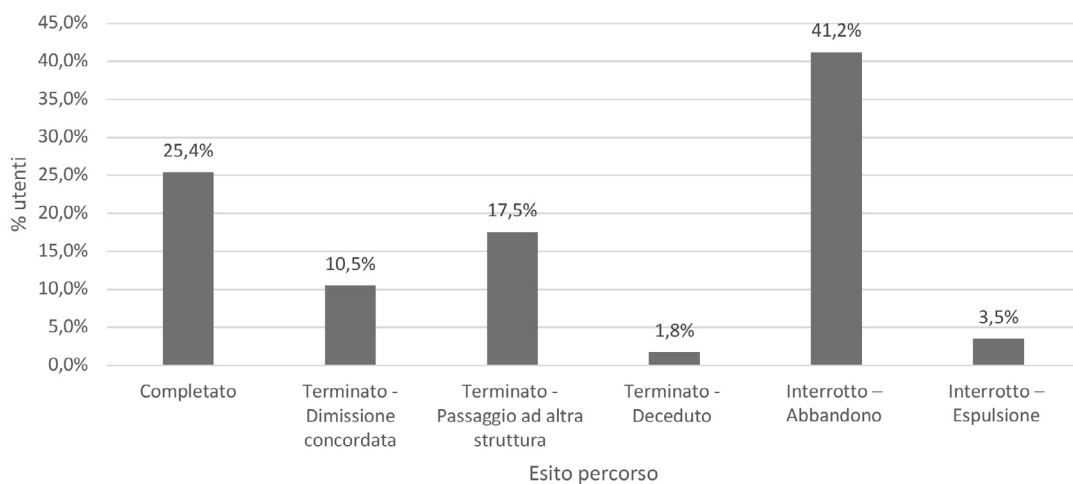
Considerando positivi i percorsi "completati", "Dimissioni concordate" e "Passaggio ad altra struttura" si può affermare che il 53,4% dei pz ha completato positivamente il percorso (Graf. 6).

Focus esito abbandono

Dei 47 pazienti che hanno abbandonato:

- 3 erano pz in doppia diagnosi;
- 26 hanno abbandonato entro i primi 3 mesi
- 9 avevano un provvedimento penale e 1 civile.
- 18 avevano fatto altri percorsi comunitari;
- 13 avevano una terapia psicofarmacologica all'ingresso (e tra questi 7 sono rimasti meno di 2 mesi)
- come sostanza primaria erano così distribuiti: 16 cocaina, 14 alcol, 8 crack, 7 eroina.

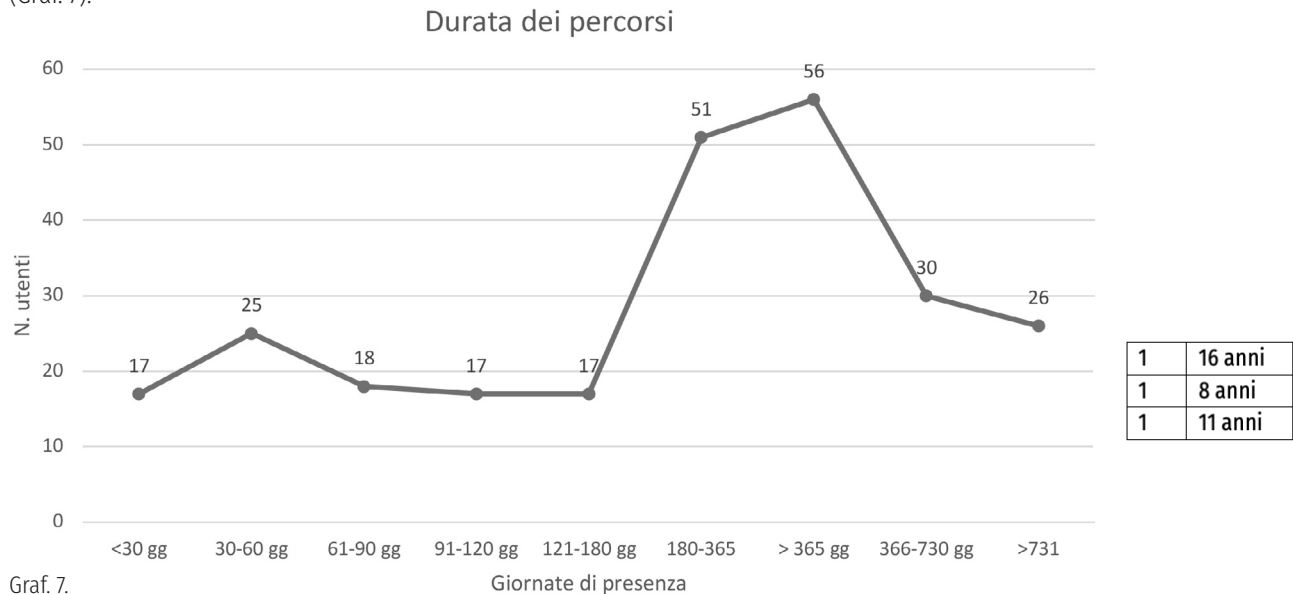
114 utenti (56,7%) hanno terminato il percorso nel 2024



Graf. 6.

Durata dei percorsi

38 pz su 201 (19%) hanno superato i 18 mesi di permanenza (Graf. 7).



Focus pazienti over 60

Dalla tab. 1 si evidenziano 19 pazienti over 60, di cui 3 pz sessantacinquenni e 1 sessantasettenne.

Nessuno dei pazienti over 60 presenta, in ingresso, una comorbidità psichiatrica.

In 16 pazienti si rileva una terapia farmacologica in ingresso, di questi 11 con trattamento metadonico.

In 8 casi la sostanza di assunzione primaria è risultata l'eroina, in 6 casi la cocaina, 4 alcol e 1 crack.

Nel corso del 2024 13 pazienti hanno concluso il percorso, di questi 7 positivamente (completato, dimissioni concordate e passaggio ad altra struttura), 5 hanno abbandonato, 1 è deceduto.

Età over 60	N. pz
61	2
62	6
63	3
64	4
65	3
67	1

Tab. 1.

Discussione

La prima considerazione da fare è che sono stati più di 200 i pazienti con più di 50 anni che seguivano un percorso residenziale riabilitativo nel 2024 nelle comunità della Romagna. Questo è un dato che ci fa capire come questa fascia di popolazione, che fino a 10-20 anni fa era marginale, attualmente rappresenta un target rilevante su cui è necessario identificare caratteristiche diagnostiche, cliniche e prognostiche per ottimizzare l'appropriatezza dei percorsi riabilitativi.

Un altro dato interessante è la suddivisione per sostanza primaria: considerando che i pazienti con più di 50 anni provengono dalla generazione nata negli anni 80 con la diffusione dell'eroina, ci si potrebbe aspettare una prevalenza di questo tipo di problematica, mentre troviamo equamente rappresentati eroina, cocaina e crack e alcool. Questo ci fa capire che i pazienti over 50 che intraprendono un percorso comunitario sono caratterizzati da una variabilità di percorsi clinici che solo in parte sono descritti dalla recidiva e dalla ricaduta nell'eroina e in gran parte sono rappresentate da uno switch verso altre sostanze come alcool e cocaina.

Dal punto di vista della storia clinica un ulteriore livello di complessità è rappresentato dal fatto che più della metà di questi ha avuto altri percorsi residenziali prima di quello in corso nel 2024: in buona parte uno o due percorsi ma una percentuale non indifferente (circa il 33%) hanno avuto tre o più inserimenti pregressi. Tale rilievo categorizza questa fascia di pazienti non solo come old users ma anche come old patients.

Si sovrappone inoltre all'aspetto clinico un aspetto giudiziario rilevante in quanto circa il 25% dei pazienti over 50 inseriti in comunità presentavano un provvedimento, prevalentemente di tipo penale, che può sicuramente aver rappresentato un aspetto motivazionale rilevante per l'inserimento residenziale in tarda età.

Al contrario non rappresenta apparentemente un elemento significativo dal punto di vista clinico la presenza di doppia diagnosi, in quanto solo 18 pazienti sul totale, pari a una percentuale inferiore al 10%, presentava una doppia diagnosi di tipo psichiatrico. È interessante notare, sebbene i numeri siano molto limitati, che 11 di questi 18 pazienti presentava come sostanza primaria cocaina e crack facendo sospettare che l'utilizzo di cocaina e crack in età adulta avanzata possa rappresentare un elemento con-causale dell'esacerbarsi o del presentarsi di una patologia psichiatrica.

Per quanto riguarda la durata dei progetti, si rileva che poco più del 25% dei pazienti ha dei progetti superiori a 1 anno e che il 12,9% ha percorsi superiori a 2 anni. Cercando di paragonare questo esito con gli obiettivi regionali che chiedono di rimanere sotto i 18 mesi per le terapeutiche e sotto i 30 mesi per le pedagogiche in almeno il 90% dei casi, diciamo che la percentuale di 12,9% oltre i 24 mesi è compatibile con questo obiettivo e quindi è possibile sostenere che, complessivamente, proporre percorsi riabilitativi a over-50 non rappresenta un elemento di criticità rispetto alla durata dei percorsi. In altre parole, la maggiore complessità sotto il profilo socio-sanitario degli older users non necessariamente si traduce in un allungamento dei percorsi. A fronte di questo ragionamento è necessario segnalare che ci sono alcuni pazienti che invece sono letteralmente "invecchiati" in comunità, si tratta di 3 pazienti che sono in comunità rispettivamente da 8,11 e 16 anni: pur essendo una quota residuale, di fatto 3 pazienti stanno consumando risorse come mediamente fanno 30 pazienti ed è evidente che non stanno facendo un programma riabilitativo ma un programma assistenziale, che come tale dovrebbe avere caratteristiche di intervento differenti e differenti servizi che se ne occupano (servizio sociale, disabilità, servizio anziani etc.), in collaborazione con il servizio dipendenze patologiche.

Alcune valutazioni devono inoltre essere fatte rispetto all'esito dei percorsi che è possibile studiare sulla quota di pazienti (114) che hanno terminato il percorso nel 2024. Tra questi il 41,2% ha abbandonato: tale dato andrebbe confrontato con quello dei pazienti più giovani dello stesso periodo ma non avendo a disposizione questo dato, possiamo confrontare questo dato rispetto ad uno storico rilevato ormai parecchi anni fa (SESTANTE N. 33 dicembre 2010; Mila Ferri e Alessio Saponaro) che evidenzia una percentuale di abbandoni che negli anni oscilla attorno al

30%. La percentuale di abbandoni non è così distante dallo storico performativo delle residenze e comunque più del 50% dei pazienti over 50 conclude il percorso positivamente, per cui possiamo considerare che complessivamente la popolazione over 50 può beneficiare di questi percorsi, ma la presenza di una percentuale superiore al 40% di abbandoni deve farci riflettere sulla necessità selezionare meglio questo tipo di pazienti e di proporre dei programmi che siano più specifici. Tra i 47 pazienti che hanno abbandonato, una percentuale del 38% aveva avuto un pregresso inserimento, mentre nei pazienti che hanno avuto un esito positivo tale percentuale risulta superiore e pari a 62%, a testimonianza del fatto che avere un pregresso percorso residenziale non rappresenta un elemento prognostico negativo per l'esito del percorso in atto.

La prevalenza di sostanza primaria negli abbandoni invece è particolarmente elevata nei pazienti che utilizzavano crack e cocaina arrivando a rappresentare il 50% del totale, mentre i pazienti alcolisti ed eroinomani concludono più frequentemente con successo il percorso. Questo tipo di riflessione è la medesima che emerge nei gruppi di lavoro regionali relativamente al fatto che il paziente con utilizzo di crack e cocaina presenta una compliance ai trattamenti ridotta rispetto agli altri pazienti e di conseguenza è necessario definire programmi specifici per garantire una maggiore appropriatezza e un migliore esito. Tale valutazione viene confermata anche nel paziente over 50 rispetto al percorso residenziale.

Sempre relativamente alle caratteristiche dei pazienti che abbandonano, se da un lato gli abbandoni di pazienti in doppia diagnosi sono pochissimi (solamente tre) dall'altro dobbiamo rilevare che ben 13 su 47, e quindi circa il 30%, erano pazienti che avevano all'ingresso una terapia psicofarmacologica, ed in particolare 7 di questi 13 casi sono rimasti per meno di 2 mesi. Questo dato ci fa sospettare che ci sia una quota di pazienti in doppia diagnosi con un trattamento farmacologico ma senza una diagnosi psichiatrica definita, che potrebbero essere stati inseriti in un percorso non adeguato alle proprie caratteristiche per una scarsa definizione diagnostica. Questo fa riflettere sulla necessità, per questa tipologia di pazienti, di una prima fase di percorso riabilitativo in ambiente più medicalizzato al fine di stabilizzare la terapia e le condizioni clinico comportamentali.

Conclusioni

Si può concludere che la popolazione di pazienti over 50 che necessitano di percorsi residenziali di tipo riabilitativo è diventata rilevante e che i percorsi attualmente proposti nella Romagna rappresentano una opportunità complessivamente efficace. Nel campione analizzato i pazienti hanno

frequentemente già eseguito percorsi riabilitativi in precedenza, non presentano una doppia diagnosi sebbene spesso possa essere sotto diagnosticata e presentano una variabilità nella sostanza primaria tra cui si sottolinea l'emergere di crack e cocaina, la presenza significativa di alcol e di eroina in quote sostanzialmente paragonabili. La durata dei percorsi è paragonabile a quella dei pazienti giovani-adulti e non si discosta significativamente dalle indicazioni regionali sebbene esista una piccola quota di pazienti che rimane in comunità per più di 10 anni su cui è evidente la necessità di nuove strategie.

Inoltre l'esito complessivo dei percorsi residenziali è positivo sebbene si evidenzia che la presenza di una terapia psicofarmacologica all'ingresso e la presenza di cocaina e crack come sostanza primaria siano elementi prognostici negativi, mentre la presenza di sostanza primaria eroina e l'esecuzione pregressa di altri percorsi residenziali sono indicatori prognostici positivi di esito.

Altre variabili come la comorbidità internistica e la presenza di problematiche sociali sono variabili che andrebbero approfondite per definire ulteriormente la peculiarità di questa popolazione di pazienti.

Bibliografia

M. Ferri, A. Saponaro, *La valutazione dei percorsi nelle strutture terapeutiche private accreditate dell'Emilia-Romagna*, Sestante n. 33, dicembre 2010, pag. 12.

Linee programmatiche sulla residenzialità dei Servizi di Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza della Regione Emilia-Romagna, all. 2 alla delibera di Giunta Regionale n. 1322 del 01/07/2024

R. De Filippo, I. Bin, E. Tavan, D. Saccon, *La comunità come luogo di cura. Analisi degli esiti dei percorsi di cura nelle comunità terapeutiche degli utenti in carico al Ser.D. di Portogruaro nel quinquennio 2017/2022*, Mission 69, Italian Quarterly Journal of Addiction

C.N.C.A., *Comunità terapeutiche, le sfide per il futuro. L'evoluzione necessaria tra i bisogni complessi delle persone e l'integrazione con i servizi e le risorse del territorio*, marzo 2021.

Older and dangerous

Fenomenologia degli uxoricidi della terza età, la prospettiva dell'U.O. di Psichiatria Forense di Bologna

Di Federico Boaron, Federica Maria Magarini

ABSTRACT

L'uxoricidio in età avanzata è un fenomeno complessivamente raro, nella cui genesi convergono spesso vulnerabilità socio-sanitarie, carichi assistenziali, isolamento e difficoltà economiche. In Italia, a fronte del calo degli omicidi, cresce il peso dei delitti di prossimità con un contributo non trascurabile degli autori sopra i 60 anni. Il lavoro esamina l'epidemiologia, i moventi e le dinamiche più comunemente alla base di questi delitti, e ne analizza le sfaccettature dal punto di vista psichiatrico-forense.

109

Introduzione

L'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo: secondo ISTAT, oltre un quarto della popolazione ha più di 65 anni. L'allungamento della vita comporta nuove sfide sul piano sanitario, sociale e relazionale: le fragilità fisiche e cognitive, le malattie croniche e in generale la progressiva riduzione delle autonomie determinano un carico assistenziale imponente che immancabilmente grava su familiari conviventi. A questo si aggiungono spesso difficoltà economiche, determinate soprattutto dall'aumento dei costi dell'assistenza in un momento storico che ha visto erodersi il potere di acquisto di pensioni e salari. È in questo contesto sociale che si collocano questi delitti, eventi tragici per quanto poco frequenti, che sono quasi sempre sottesi da dinamiche psicologiche molto differenti dagli omicidi commessi in altre fasce di età.

La comprensione delle dinamiche psicologiche, psicopatologiche e sociali è di interesse sia dal punto di vista della prevenzione (intercettare e intervenire precocemente sulle condizioni e i vissuti che sottendono il comportamento omicidiario) che della presa in cura degli autori di simili delitti. L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psichiatria Forense della AUSL di Bologna [1] è un osservatorio

Rif.
Federico Boaron, *psichiatra, Direttore REMS di Reggio Emilia, DAISM-DP, Azienda USL IRCCS Reggio Emilia*
052 2339140
federico.boaron@ausl.re.it

Note

- 1 Per quanto riguarda gli autori, FB è stato Direttore di tale Unità da gennaio 2020 ad agosto 2024, FM è in forze a tale UO dal giugno 2023 a tutt'oggi. Inoltre entrambi gli autori svolgono attività come periti/consulenti tecnici in sede civile e penale.

privilegiato per lo studio di questi eventi, per fortuna rari. Nata all'inizio del 2020 in seno al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP), il gruppo di lavoro è attualmente costituito da 6 psichiatri e 5 psicologi-psicoterapeuti. La sua mission è quella di fornire assistenza psichiatrica e psicologica in Carcere e ai maggiorenni reclusi nell'Istituto Penale Minorile, nella REMS prima e, dopo la sua chiusura, nella RTR-e "Casa degli Svizzeri" (una struttura residenziale che accoglie 14 pazienti psichiatrici autori di reato in misura non detentiva). Oltre a questo, l'equipe lavora attivamente per agevolare l'interfaccia fra DSM-DP e Istituzioni Giudiziarie e offrire consulenze in materia psichiatrico-forense alle altre Unità Operative della AUSL, con particolare riferimento al contesto medico-legale. Come si vedrà oltre, i reati violenti commessi da anziani hanno caratteristiche psicologiche e criminogenetiche altrimenti inconsuete, che li portano facilmente all'attenzione dei professionisti afferenti a tale unità.

1. Dati epidemiologici

Con un tasso di 0,57 omicidi per 100.000 abitanti (2023), l'Italia è tra i paesi europei con la violenza letale più bassa. Gli omicidi sono diminuiti drasticamente dagli anni '90, passando da 1.916 nel 1991 a circa 300 negli ultimi anni, fenomeno da ricondurre soprattutto alla contrazione degli omicidi legati al crimine organizzato. Non sono invece altrettanto diminuiti in ambito familiare e di prossimità (famiglia, vicinato, lavoro, rapporti economici). L'invecchiamento della popolazione ha portato a un aumento delle condanne per omicidio a persone di 60 anni o più, ma restano casi rari (12-15% del totale) e poco studiati, che si sviluppano prevalentemente in ambito familiare (62-83%). Gli autori sono per lo più uomini (89,5-97,4%) e italiani, le vittime sono spesso mogli o partner conviventi affette da malattie croniche invalidanti. In circa la metà dei casi (41,7-54,5%) il movente è la volontà di porre fine alla sofferenza della vittima ("omicidio *pietatis causa*"). Secondo i dati ISTAT le vittime *pietatis causa* sono nella grande maggioranza dei casi di sesso femminile ed in massima parte di età molto avanzata (10% del totale dei femminicidi). Di fatti, mentre per l'uomo il rischio stimato di morte per omicidio è massimo in età giovanile e va diminuendo con il passare degli anni, per la donna il profilo di rischio si inverte e cresce al progredire dell'età fino ad un massimo per le fasce più anziane (0,14 per 100mila uomini con più di 75 anni, 0,36 per 100mila donne della stessa età).

2. L'omicidio in famiglia e le sue specificità nella vecchiaia

L'uxoricidio [2] – omicidio del coniuge – è la casistica più frequente nella popolazione anziana e, per ovvie ragioni, si inserisce spesso al termine di un legame di lunga durata che

in quanto tale potrà rivelarsi, nel momento in cui posto sotto la lente del perito osservatore, gravato da multiple e varieghe sfaccettature: rapporti di dipendenza reciproca, conflittualità croniche mai risolte, il dramma della malattia e della vecchiaia oltre che la fatica dell'accudimento e della solitudine. L'anziano uxoricida non ha tipicamente una storia di violenza o criminalità nota, al contrario è spesso un "insospettabile" il cui gesto spiazza e sconvolge vicini e familiari. L'uccisione della moglie da parte del marito è più frequente, ed è spesso motivata da un misto di disperazione e desiderio di interrompere le sofferenze in un contesto di malattia cronica o di grave disabilità. Si tratta dei sopracitati omicidi *pietatis causa* che nella normativa italiana si configurano a tutti gli effetti come omicidio volontario [3].

In considerazione di tali meccanismi criminogenetici non sorprende che, tra gli ultrasessantacinquenni, quasi un omicidio su due sia seguito da suicidio (35,8%) o tentato suicidio (12%). Talora la decisione di togliersi la vita è presa di comune accordo (*suicidio doppio*). Riguarda spesso coppie che, in condizioni di malattia, isolamento sociale, sofferenze o lutti, maturano e attuano insieme tale decisione. La scampata morte di uno dei due impone al giudicante la valutazione dell'autenticità degli intenti (la distinzione è importante sul piano giuridico perché l'*omicidio del consenziente*, art 579 c.p., prevede pene decisamente più miti) e che si tenga conto, nel percorso trattamentale, del residuo rischio suicidiario del sopravvissuto.

Sul piano psichiatrico-forense i nodi sono due: lo stato psichico dell'autore, definizione spesso al bivio tra disperazione e malattia depressiva, e l'effettiva esistenza del consenso da parte della vittima oltre che la validità di quest'ultimo, tema cruciale in presenza di demenze o compromissioni cognitive.

Note

- 2 In senso etimologico "uxoricidio" significa "uccisione della propria moglie" riflettendo l'uso storico più frequente. Colpisce il fatto che, per la maggiore frequenza di casi in cui la vittima è la moglie, non si sia affermato un termine speculare per l'uccisione del marito (se non il raro neologismo "mariticidio"). Oggi il vocabolo ha assunto un valore più ampio, indicando in generale l'uccisione del coniuge, a prescindere dall'identità di autore e vittima.
- 3 La corte di Cassazione, prima sezione penale, osserva nella Sent. n. 758/2018 che «la nozione di compassione rappresentata in ricorso è attualmente applicata con riguardo agli animali di compagnia, rispetto ai quali è usuale, e ritenuta espressione di civiltà, la pratica di determinarne farmacologicamente la morte in caso di malattie non curabili. Nei confronti degli esseri umani, invece, operano i principi espressi dalla Carta costituzionale, finalizzati alla solidarietà e alla tutela della salute. Ne consegue che la nozione di compassione, cui il sentire comune riconosce un altissimo valore morale, rimane segnata dal superiore principio del rispetto della vita umana, che è il criterio della moralità dell'agire».

Nel corso della nostra attività professionale abbiamo avuto modo di osservare - in alcuni casi in una prospettiva clinica, in altri peritale - diversi casi di anziani che hanno posto fine alla vita dei propri coniugi affetti da patologia evolutiva e invalidante, per poi tentare il suicidio. I numeri per fortuna ridotti di questo fenomeno rendono impossibile presentare una case-series rispettandone il doveroso anonimato: gesti tanto estremi sono riportati nelle cronache di quotidiani, siti web e riviste con dovizia di nomi e spesso di particolari che renderebbero potenzialmente riconoscibili i casi descritti. Pur affrontando, per tal ragione, una caratterizzazione solo generale, possiamo rilevare come denominatore comune il vissuto di "hopelessness" dell'omicida. Si tratta della stabile convinzione che non ci sia alcuna speranza in un futuro migliore associata all'angosciante percezione di non essere più in possesso delle risorse per gestire e mitigare la sofferenza dinanzi alle complessità della malattia e della vecchiaia propria e del(la) coniuge.

La dedizione, o forse solo la vita, ha portato questi anziani allo sfinimento sul piano emotivo (assistere al declino di chi si è amato, percepire il dovere morale e la pressione sociale di dedicarsi a qualcuno che per cui si prova un annoso risentimento), alla progressiva erosione del piacere della quotidianità (rinunciare a quelle attività ricreative e socializzanti che potrebbero dare almeno un transitorio sollievo) e delle disponibilità economiche (aumento dei costi legati alla non autosufficienza quali l'assistenza domestica, presidi sanitari non erogabili dal SSN, ecc.). Tale sfondo emotivo e relazionale è il terreno in cui matura, e purtroppo si consuma, il progetto dell'omicidio-suicidio; e questo lascia ipotizzare che intercettando e trattando precocemente simili problematiche si potrebbe ridurre il rischio di agiti fatali.

Un altro elemento comune è il bisogno dei familiari, soprattutto dei figli, di supporto per elaborare un lutto tanto complesso. Li abbiamo visti attraversati da dolore, compassione, rabbia, sensi di colpa, vergogna e timore dello stigma per tutta la famiglia. Particolarmente difficile è conciliare l'immagine dell'anziano genitore con l'atto omicidiario, tanto più che in simili casi si tratta spesso dell'unico gesto dissociale nell'intera biografia della persona. Decidere se e come sostenere il genitore superstite, è una decisione invariabilmente carica di ambivalenze, mentre indagini e udienze riattivano continuamente il trauma. Non di meno, va considerato che il bisogno assistenziale del *folle reo anziano* non si esaurisce nella sola contesto della salute mentale. Anche nel caso della miglior riabilitazione psichiatrica, la vecchiaia e la malattia restano elementi di complessità. Nei casi dei nostri anziani omicidi, non è sempre pensabile un reinserimento domiciliare: figli e parenti si interfacciano con non biasimabili difficoltà emotive all'idea di riaccogliere l'anziano a casa e venendo

meno la cura familiare, si rendono necessari interventi e progetti assistenziali multi professionali, quali l'individuazione di contesti residenziali di lunga permanenza, non di facile reperimento quando si tratta di autori di reato.

3. Aspetti Psichiatrico Forensi

Nella nostra casistica gli esiti giudiziari hanno coperto pressoché ogni possibilità prevista dal Codice penale (da condanne per omicidio volontario a omicidio del consenziente; dalla piena capacità di intendere e volere al proscioglimento per vizio totale di mente, ecc...).

Pur con il limite dei piccoli numeri, quanto abbiamo potuto osservare è coerente con quanto emerge dalla letteratura scientifica e dai dati ISTAT: gli omicidi commessi da anziani avvengono in grande maggioranza in famiglia. Il movente *pietatis causa* induce spesso un atteggiamento meno accusatorio, spingendo ad approfondire ulteriormente la dimensione psichica. La sofferenza psichica dell'autore, che abbia o meno caratura psicopatologica, e quella della vittima hanno entrambe un ruolo centrale nella genesi del delitto. Da qui discende il nodo centrale per la psichiatria forense: accertare l'imputabilità dell'autore, cioè la sua capacità di intendere e di volere al momento del fatto, come previsto dall'art. 85 c.p. La letteratura scientifica internazionale relativa all'aspetto psichiatrico-forense risulta frammentaria e la raccolta dati è ostacolata dalle significative discrepanze normative tra i diversi Stati in merito all'imputabilità. Risulta pertanto complesso derivare dati attendibili sui tassi di infermità e sui correlati psichici a supporto delle valutazioni forensi ma, complessivamente, sembra esserci una maggior probabilità di essere giudicato mentalmente infermo con l'aumentare dell'età (11,2% in totale), con un peso molto più rilevante nel caso di vittime donne (18,3% contro 6,6%), e lo stesso succede quando il movente è "passionale" (16,7% contro 4,6% per le vittime di sesso maschile).

La valutazione richiede un esame individualizzato basato su criteri clinico-diagnostici, ricostruzione del funzionamento psichico e analisi del nesso tra eventuale infermità e delitto. Come si è detto, l'*hopelessness* sembra essere il denominatore comune nell'omicidio intrafamiliare e nei progetti di morte condivisi. È un vissuto che ritroviamo in un'ampia gamma di condizioni psicologiche e psicopatologiche (quali disturbi dell'adattamento, depressione, disturbi psicotici, disturbi neurocognitivi, ...). È dunque doveroso accertare la presenza di un disturbo, se tale disturbo fosse tale - per tipologia e pervasività - da compromettere le facoltà di intendere o volere e il nesso causale fra tale disturbo e il reato. Anche stati di sofferenza esistenziale, come l'impotenza di assistere al decadimento di una persona amata o l'acredine di assistere un coniuge maltrattante, anche se non si configurano come disturbo mentale e quindi

non rilevano ai fini dell'imputabilità, meritano di essere indagate ed esplicitate al Giudice per la valutazione della gravità del fatto e della pena (art. 133 c.p.). Occorre valutare anche la capacità dell'imputato di stare consapevolmente in giudizio, che potrebbe risultare compromessa, ad esempio a causa di decadimento cognitivo o disturbi psichici. Se uno dei partner cagiona la morte dell'altro su sua esplicita richiesta, si configura il reato di "omicidio del consenziente" (art. 579 c.p.), spesso inserito in un progetto di morte condiviso in cui l'autore tenta il suicidio dopo l'uccisione del partner. La distinzione tra omicidio volontario e omicidio del consenziente ha un forte impatto etico e giuridico, influenzando sia sul trattamento sanzionatorio — più lieve nel secondo caso — che sulle ricadute psicologiche per i familiari, vittime indirette di tali tragedie. Due i nodi centrali: l'esistenza del consenso, aspetto di pertinenza investigativa, e la sua validità laddove la capacità decisionale della vittima potesse essere compromessa da una patologia psichiatrica o neurologica. L'art. 579 c.p. stabilisce infatti che, se la vittima è «*persona inferma di mente o [...] in condizioni di deficienza psichica*», si applicano le norme sull'omicidio volontario. La Cassazione richiede che il consenso sia «*una deliberazione pienamente consapevole, non inquinata [...] da un deficit mentale di natura patologica*» [4]. In caso di perizia per accertare se la vittima, al tempo della morte, fosse in grado di esprimere un consenso ci dobbiamo interrogare su quale sia il livello di lucidità necessario. Riteniamo che scegliere consapevolmente di morire debba implicare una sedimentata consapevolezza dell'irrevocabilità della morte, ma anche la capacità di riflettere sull'impatto di un simile evento sulle altre persone (i propri cari in primis), sul significato religioso o spirituale di tale scelta, oltre che la capacità di informarsi e confrontarsi sulle soluzioni disponibili o meno per lenire le sofferenze che sollecitano una scelta tanto estrema. In presenza di un disturbo neurocognitivo, così come in presenza di un grave disturbo psicopatologico, riflessioni di questo tipo non possono esaurirsi all'interno di un cosiddetto "intervallo lucido", concetto frequentemente utilizzato nell'algoritmo peritale, ma su cui vi è scarsa uniformità di vedute a livello scientifico [5].

Note

4 Cassazione penale, Sez. I, 24 gennaio 2018, n. 3392.

5 Zago S, Bolognini N. Neuropsychological autopsy of testamentary capacity: Methodology and issues in the elderly. *Appl Neuropsychol Adult*. 2020 Jul 20:1-14. doi: 10.1080/23279095.2020.1791869 e ancora, sia pur riferito alla capacità testamentaria, Shulman K. I., Hull I. M., DeKoven S., Amodeo S., Mainland B. J. & Herrmann N. (2015). Cognitive Fluctuations and the Lucid Interval in Dementia: Implications for Testamentary Capacity. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 43(3), 287-292. <http://jaapl.org/content/43/3/287>

Un ultimo argomento di natura medico-legale è l'impatto delle condizioni psicofisiche del reo sull'esecuzione della pena o della misura di sicurezza: patologie croniche, demenza o necessità di cure continuative possono renderle incompatibili con la detenzione. Occorre valutare se, dato il *lifespan* residuo e il declino cognitivo, la carcerazione possa davvero tendere alla rieducazione o diventi invece meramente afflittiva, sino al rischio di trattamento inumano o degradante.

Conclusioni

L'uxoricidio in età avanzata presenta caratteristiche peculiari, e impone letture che sappiano coniugare rigore valutativo e sensibilità etica, e che tengano conto non solo dell'eventuale presenza di un disturbo psichico, ma del significato del gesto all'interno del contesto biografico ed esistenziale tanto dell'autore che della vittima.

Co-autore

Federica Maria Magarini, *psichiatra*,
U.O. Psichiatria Forense, DSM-DP, Azienda USL Bologna

Bibliografia

- ISTAT. *Rapporto demografico 2022*.
EURES. *Archivio degli omicidi volontari in Italia (2019-2023)*.
Rapporto CER-CUPLA 2025 *Inflazione, drenaggio fiscale e potere di acquisto delle pensioni*
Malphurs JE., Cohen D. A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States. *Am J Forensic Med Pathol*. 2002 Jun;23(2):142-8. doi: 10.1097/00000433-200206000-00006. PMID: 12040257.
Nguyen H., Haeney O., Galletly C. *The characteristics of older homicide offenders: a systematic review*. *Psychiatr Psychol Law*. 2021 May 26;29(3):413-430. doi: 10.1080/13218719.2021.1910589. PMID: 35756703; PMCID: PMC9225788.
Fornari U. *Psichiatria forense*. Milano: Cortina, 2004.
Merzagora Betsos I. *Omicidio-suicidio. Un'indagine criminologica*. Milano: Giuffrè, 2003.
Zago S., Bolognini N. *Neuropsychological autopsy of testamentary capacity: Methodology and issues in the elderly*. *Appl Neuropsychol Adult*. 2020 Jul 20:1-14. doi: 10.1080/23279095.2020.1791869
Shulman K. I., Hull I. M., DeKoven S., Amodeo S., Mainland B. J. & Herrmann, N. (2015). *Cognitive Fluctuations and the Lucid Interval in Dementia: Implications for Testamentary Capacity*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 43(3), 287-292.
B. McCarthy, R. Langworthy (a cura di), *Older Offenders: Perspectives in Criminology and Criminal Justice*, ed. Praeger, New York 1988.

Libri, articoli, ricerche, documentazione

Libri

Haim Omer, Anat Brunstein Klomek
LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO NELL'ADOLESCENZA E NELLA PRE-ADOLESCENZA
Metodi e strumenti per assistere il ragazzo a rischio, i genitori e gli educatori
Franco Angeli, Milano, 2025

Lorenza Da Re, Lodovico Perulli
IL RITIRO SOCIALE IN ADOLESCENZA
Attualità e prospettive
Franco Angeli Open access, Milano, Risorsa elettronica - libera consultazione, 2025

Giovanna Boccuzzo, Annalisa Donno (a cura di)
MISURARE LA FRAGILITÀ NEGLI ANZIANI
Definizioni e strumenti a supporto delle politiche e della ricerca
Franco Angeli Open access, Milano, Risorsa elettronica - libera consultazione, 2025

Pietro Muratori, Elena Federica Di Ciolo
IL DISTURBO DELLA CONDOTTA IN ADOLESCENZA
Carocci, Roma, 2024

Santo Di Nuovo
LA DIAGNOSI PSICOLOGICA PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA
Obiettivi e strumenti
Franco Angeli, Milano, 2024

Loredana Cirillo
SOFFRIRE DI ADOLESCENZA
Il dolore muto di una generazione
Cortina, Milano, 2024

Articoli

AA. VV.
ADOLESCENT VULNERABILITY TO METHAMPHETAMINE: DOSE-RELATED ESCALATION
OF SELF-ADMINISTRATION AND CUE EXTINCTION DEFICITS
In Drug and Alcohol Dependence, n. 112599 (apr. 2025) - on line

Mauro Croce
ANZIANI E GIOCO D'AZZARDO
Relazioni pericolose e in gran parte ancora inesplorate
In: Dal fare al dire, A. 34, n. 1 (2025)

Manuel Luciani
LA SINDROME EMERGENTE DELLA PERSONALITÀ AUTOLESIONISTICA IN ADOLESCENZA
Un'ipotesi diagnostica basata sul PDM-2
In: Psichiatria e Psicoterapia, A. 43, n. 1-2 (mar.-giu. 2024) - on line

AA. VV.
SYSTEMATIC REVIEW OF TREATMENT COMPLETION RATES AND CORRELATES AMONG
YOUNG PEOPLE ACCESSING ALCOHOL AND OTHER DRUG TREATMENT
In: Drug and Alcohol Dependence, art.111376 (set. 2024) - on line

AA. VV.
LE DIPENDENZE NELL'ANZIANO (NELLA TERZA ETÀ): THE DARK SIDE OF ADDICTION
In: MDD: Medicina delle Dipendenze : Italian Journal of the Addictions, A. 14, n. 56
(dic. 2024)

AA. VV.
ADOLESCENT SCHIZOPHRENIA: STATE OF THE ART AND PROPOSALS TO IMPROVE
TRANSITION MANAGEMENT IN ITALY
In: Rivista di psichiatria, n. 3 (mag.-giu. 2023) - on line

Risorse on line

Franco Saverio Caserta
LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE MEDICHE NEL PAZIENTE ANZIANO PSICHIATRICO
Neamente Journal, 2025
<https://journal.neamente.com/la-gestione-delle-patologie-mediche-nel-paziente-anziano-psichiatrico/>

Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza
SALUTE MENTALE: COME STANNO I RAGAZZI
Roma, 2024
http://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2024-10/salute-mentale-come-stanno-ragazzi_0.pdf

Regione Emilia-Romagna
LINEE DI INDIRIZZO SU RITIRO SOCIALE
Prevenzione, rilevazione precoce ed attivazione di interventi di primo e secondo livello
Bologna, 2022
<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2022/linee-di-indirizzo-su-ritiro-sociale-prevenzione-rilevazione-precoce-ed-attivazione-di-interventi-di-primo-e-secondo-livello>

EUDA European Union Drugs Agency
OLDER PEOPLE AND DRUGS
Health and social responses
EMCDDA, Lisbona, 2023
http://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/older-people-and-drugs-health-and-social-responses_en#section1

Babette Dijk
LA COMPLESSITÀ CLINICA E GESTIONALE DEL PAZIENTE PSICOTICO CHE INVECCHIA
I luoghi della cura online, 2023
<https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2023/10/la-complessita-clinica-e-gestionale-del-paziente-psicotico-che-invecchia/>

PRIMO PELLEGRINI, Educatore Professionale, Azienda USL della Romagna, U.O. Dipendenze Patologiche di Rimini, Centro Studi e Documentazione - primo.pellegrini@auslromagna.it



“Parliamone Insieme” è una iniziativa di comunicazione sui temi della salute mentale con la finalità non solo di informare ma di stimolare un cambiamento culturale e di lotta allo stigma.

Il progetto è promosso dalla Consulta regionale salute mentale dell'Emilia-Romagna e vede la collaborazione della rete di Esperti in Supporto fra Pari (ESP), delle associazioni di familiari e utenti, dei professionisti dei Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze patologiche ed è supportato dalla Regione Emilia-Romagna.

“Parliamone Insieme”, oltre a trattare i temi affrontati dalla Consulta e mettere in rete le esperienze locali sperimentate in Emilia-Romagna, raccoglie le attività e gli eventi promossi dalle associazioni, dai servizi sanitari o da altri soggetti, le informazioni e le opportunità offerte dalla rete sociale e sanitaria.

Per conoscere tutti gli eventi e news della regione:

<https://www.parliamoneinsieme.org/>

- 1 EDITORIALE
Generazione Z e Olders:
le sfide del 2026
**Paolo Ugolini, Roberta Baroni, Federico Chierzi,
Giancarlo Gibertoni, Elisa Martino, Teo Vignoli**

- 3 LETTURA MAGISTRALE
Generazione Z tra fragilità emergenti
e nuovi equilibri: consumi, contesti
e traiettorie di rischio
Sabrina Molinaro

- 10 LETTURA MAGISTRALE
Invecchiamento dei pazienti
con disturbi mentali gravi e persistenti
Marco Menchetti, Pietro Pellegrini

- 15 INTERVISTA a Roberto Camarlinghi
Generazione Z e interventi
di prossimità e clinici
**A cura di
Paolo Ugolini, Roberta Baroni, Federico Chierzi,
Giancarlo Gibertoni, Elisa Martino, Teo Vignola**

- 19 OSSERVATORIO REGIONE ER
Precocizzazione disturbi psicopatologici
nell'utenza giovanile
**Alessio Saponaro, Matteo Monzio Compagnoni,
Michela Cappai, Giancarlo Gibertoni, Gabriela Gildoni,
Gianpaolo Luppi, Claudia Nerozzi, Maristella Salaris**

- 29 REGIONE ER
Progetti per la Psicopatologia 14-25
in Emilia-Romagna
**Stefano Costa, Marco Battini, Michela Cappai,
Ilaria Ferrari, Gianpaolo Luppi**

- 34 REGIONE ER
Bambini si nasce adulti si diventa!!!
Simona Chiodo, Elisabetta Zucchini

- 38 VALUTAZIONE GENERAZIONE Z
Nella terra di narciso
**Rachele Nanni, Silvia Barbaro,
Alberto Urro, Elisa Massimo, Cristina Sorio**

- 44 VALUTAZIONE GENERAZIONE Z
DesTEENi Digitali
**Giorgia Bondi, Elena Lucarella, Valentina Moscatiello,
Antonella Antonelli, Gina Ancora**

- 51 VALUTAZIONE GENERAZIONE Z
Adolescenti anonimi
**Laura Negrelli, Sabina Alessi, Agnese Drusiani,
Arianna Castellani, Rita Zamboni, Fabio Lucchi**

- 56 VALUTAZIONE GENERAZIONE Z
Ricoveri minorenni tra
multidisciplinarietà e inappropriatelyzza
**Federico Chierzi, Lia Gamberini, Marzia Malaguti,
Francesca Lombardi, Stefano Costa**

- 64 VALUTAZIONE GENERAZIONE Z
Il PDTA Lausanne Trilogue Play
**Daniele Di Girolamo, Luisa Lombardi,
Federica Ronchetti, Francesca Ferretti,
Federica Benatti, Laura Cattani,
Eleonora Manzotti, Graziella Pirani**

- 72 VALUTAZIONE GENERAZIONE Z
Spazi giovani tra sessualità,
affettività e adolescenza
**Roberta Valentini, Claudia Bellei, Cristina Bertoli,
Carmela Boccomino, Cristina Borroni,
Giulio Martinelli, Antonietta Sacco, Carmela Signoriello**

- 79 VALUTAZIONE GENERAZIONE Z
Imprigionati o liberati?
**Loretta Raffuzzi, Riccardo Bertaccini,
Silvia Evangelisti, Marco De Masi, Monica Pacetti**

- 84 VALUTAZIONE GENERAZIONE Z
Invisible Children
**Rosalba Di Biase, Elena Firic, Francesca Formati,
Raffaella Giovanardi, Manuela Minetti,
Donatella Marrama**

- 88 VALUTAZIONE GENERAZIONE Z
Tracciare l'invisibile
Gloria Basso, Franca Emanuelli, Maria Giulia Nanni

- 92 VALUTAZIONE OLDERS
E tu come stai?
**Ornella Bettinardi, Cappa Corrado, Roberta Baroni,
Elisabetta Brusamonti, Nadia Fermi,
Elisabetta Ghigini, Enrica Lucca,
Mara Oroboncoide, Massimo Rossetti, Piero Verani**

- 96 VALUTAZIONE OLDERS
Struttura residenziale dipendenze
e invecchiamento utenza
Daniele Fontanesi, Luana Oddi

- 103 VALUTAZIONE OLDERS
Programmi riabilitativi residenziali
"old users" in Romagna
Patrizio Lamonaca, Teo Vignoli

- 109 VALUTAZIONE OLDERS
Older and dangerous
Di Federico Boaron, Federica Maria Magarini