

## LINEE DI INDIRIZZO

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





## LINEE DI INDIRIZZO

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

Allegato alla Circolare n. 4 del 02/05/2024 della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare  
Stampa Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna  
Bologna, maggio 2024

## Premessa

Il presente documento descrive il processo clinico che va dalla ricezione della domanda di aiuto/cura di persone ad alto rischio di psicosi o alla prima manifestazione psicotica fino alla definizione di un percorso terapeutico strutturato e costituisce una revisione *ed aggiornamento delle Raccomandazioni Regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all'esordio psicotico (Regione Emilia-Romagna, 2016)*.

Rispetto alla precedente versione, sono state aggiornate e riviste le raccomandazioni alla luce sia delle più recenti evidenze scientifiche che dell'esperienza clinica maturata nell'applicazione del Programma nell'ultimo decennio che dell'importante strumento di innovazione rappresentato dalla *Cartella Unica Regionale Elettronica (CURE)*.

## 1. OGGETTO

Linee di indirizzo per la definizione dei percorsi di cura delle persone ad alto rischio di psicosi o alla prima manifestazione psicotica che accedono ai servizi sanitari

## 2. SCOPO

Il Programma regionale "Esordi Psicotici" si pone come principali obiettivi:

1. **ottimizzare il sistema di identificazione dei casi di soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico;**
2. **ridurre il tempo intercorrente tra comparsa dei sintomi/esordio e presa in carico** integrata da parte dei servizi territoriali;
3. **mettere in rete e coinvolgere** nel Programma regionale "Esordi Psicotici" i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP), i Distretti Sanitari, i Servizi Sociali, il volontariato ed il privato sociale; realizzare una rete di prossimità con le Case della Comunità, i Centri adolescenza e le scuole, per migliorare l'individuazione precoce e la presa in carico;
4. **incrementare le competenze** dei professionisti della salute mentale, per il riconoscimento e il trattamento precoce dei soggetti ad alto rischio o con psicosi all'esordio per migliorare la qualità delle cure tramite un percorso di cura specifico, condiviso e coerente con le raccomandazioni nazionali ed internazionali;
5. **favorire la recovery** più ampia e precoce possibile delle persone con alto rischio di psicosi o con psicosi all'esordio;
6. **ridurre lo stigma** personale e sociale associato alla malattia e favorire l'inclusione sociale di soggetti ad alto rischio o con psicosi all'esordio;
7. **garantire ai soggetti ad alto rischio o con psicosi all'esordio interventi specifici e appropriati.**

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le raccomandazioni relative al percorso di cura descritto nel presente documento si applicano ai servizi delle Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna e riguardano le persone con le seguenti caratteristiche:

- A. Età compresa tra 15 e 35 anni
- B. Con DUP inferiore ai 2 anni, oppure con DUP superiore ai 2 anni ma non trattata con l'intervento multicomponentiale previsto nelle presenti Linee di Indirizzo, registrato nell'Anamnesi patologica remota e prossima di CURE

C. Assenza di disabilità intellettiva moderata o grave (Q.I. <50) come diagnosi primaria o secondaria, ovvero assenza delle seguenti condizioni (Classificazione Diagnostica ICD-9 o ICD-10):

ICD-9	ICD-10
318.0 Ritardo mentale di media gravità	F71.9 Ritardo mentale di media gravità Senza menzione di compromissione del comportamento
318.1 Ritardo mentale grave	F72.9 Ritardo mentale grave Senza menzione di compromissione del comportamento
318.2 Ritardo mentale profondo	F73.9 Ritardo mentale profondo Senza menzione di compromissione del comportamento
319 Ritardo mentale non specificato	F79.9 Ritardo mentale non specificato Senza menzione di compromissione del comportamento

D. Assenza di psicosi organiche come diagnosi primaria o secondaria (Classificazione Diagnostica ICD-9 o ICD-10):

ICD-9	ICD-10
293.0 Delirium acuto	F05.9 Delirium non specificato
293.1 Delirium subacuto	F05.8 Altro delirium
293.81 Sindrome delirante organica	F06.2 Disturbo delirante organico (schizofreniforme)
293.82 Allucinosi organica	F06.0 Allucinosi organica
293.83 Sindrome affettiva organica	F06.3 Disturbi dell'umore (affettivi) organici
293.84 Sindrome ansiosa organica	F06.4 Disturbo d'ansia organico
293.89 Altri	F05.0 Delirium descritto come non sovrapposto a demenza
293.9 Disturbi psichici organici transitori non specificati	
294.8 Altri stati psicotici organici (cronici)	F068 Altri disturbi mentali organici dovuti a lesione o disfunzione cerebrale o a malattia somatica
294.9 Sindrome psicotica organica (cronica) non specificata	F069 Disturbo mentale organico non specificato dovuto a lesione, disfunzione cerebrale e a malattia somatica

E. Presentano le caratteristiche diagnostiche e sintomatologiche descritte nei paragrafi **3A** o **3B** in cui si intende la presenza di **almeno una delle seguenti classificazioni diagnostiche** che deve essere formulata nell'anno in esame:

**Paragrafo 3A - Persone con esordio psicotico che presentano le seguenti condizioni:**

Una delle seguenti diagnosi principali secondo la classificazione ICD-9 o ICD-10:

ICD-9	ICD-10
295 Psicosi schizofreniche	F20 Schizofrenia
296.04 Disturbo bipolare di I tipo, episodio maniacale singolo, grave, con comportamento psicotico	F302 Mania con sintomi psicotici
296.14 Mania, episodio ricorrente, grave, con comportamento psicotico	F30.2 Mania con sintomi psicotici
296.24 Depressione maggiore, episodio singolo, grave, con comportamento psicotico	F32.3 Episodio depressivo grave con sintomi psicotici
296.34 Depressione maggiore, episodio ricorrente, grave, con comportamento psicotico	F33.3 Disturbo depressivo ricorrente, episodio grave con sintomi psicotici in atto
296.44 Disturbo bipolare, episodio maniacale, grave, con comportamento psicotico	F31.2 Disturbo affettivo bipolare, episodio maniacale con sintomi psicotici in atto
296.54 Disturbo bipolare, episodio depressivo, grave, con comportamento psicotico	F31.5 Disturbo affettivo bipolare, episodio depressivo grave con sintomi psicotici in atto
296.64 Disturbo bipolare, episodio misto, grave, con comportamento psicotico	F31.6 Disturbo affettivo bipolare, episodio misto in atto
296.9 Psicosi affettive, altre e non specificate	F38.8 Disturbi specifici dell'umore (affettivi) di altro tipo
297 Disturbi deliranti	F22 Disturbi deliranti persistenti
	F24 Disturbo delirante indotto
	F23.8 Altri disturbi psicotici acuti e transitori
298 Altre psicosi non organiche	F28 Altri disturbi psicotici non organici
	F29 Psicosi non organica non specificata
298.9	
299.90 Psicosi non specificate	F29 Psicosi non specificate
299.91	
	F23.0 Disturbo psicotico acuto polimorfo senza sintomi schizofrenici
	F23.1 Disturbo psicotico acuto polimorfo con sintomi schizofrenici
	F23.2 Disturbo psicotico acuto schizofreniforme
	F23.3 Altri disturbi psicotici acuti prevalentemente deliranti
	F23.8 Altri disturbi psicotici acuti e transitori
	F23.9 Disturbo psicotico acuto e transitorio non specificato
	F25.0 Disturbo schizoaffettivo, tipo maniacale
	F25.1 Disturbo schizoaffettivo, tipo depressivo
	F25.2 Disturbo schizoaffettivo, tipo misto
	F25.8 Altri disturbi schizoaffettivi
	F25.9 Disturbo schizoaffettivo non specificato
	F70.9 Ritardo mentale lieve, senza menzione di compromissione del comportamento (da specificare in anamnesi manifestazioni psicotiche)

**Paragrafo 3B - Persone ad alto rischio di evoluzione psicotica** (vedi Paragrafo 8.1 per approfondimento sulla descrizione clinica).

Il Programma "Esordi psicotici" si applica anche a persone ad alto rischio di evoluzione psicotica, attraverso interventi terapeutici specifici, al fine di ridurre il più possibile il rischio di transizione verso la psicosi conclamata e che presentano una delle seguenti diagnosi principali secondo la classificazione ICD-9 o ICD-10:

ICD-9	ICD-10
	R44.0 Allucinazioni uditive
	R44.1 Allucinazioni visive
	R44.2 Altre allucinazioni
	R44.3 Allucinazioni non specificate
	R44.8 Altri e non specificati sintomi e segni che interessano le sensazioni e le percezioni generali
301.22 Disturbo schizotipico di personalità (con associato calo del funzionamento)	F21 Disturbo schizotipico di personalità (con associato calo del funzionamento)
301.20 Disturbo schizoide di personalità (con associato calo del funzionamento)	F60.1 Disturbo schizoide di personalità (con associato calo del funzionamento)
301.0 Disturbo paranoide di personalità (con associato calo del funzionamento)	F60.0 Disturbo di personalità paranoide (con associato calo del funzionamento)

I criteri dei paragrafi 3A e 3B sopra elencati sono applicati per l'inclusione del paziente nel Programma/PDTA "Esordi Psicotici" nella cartella informatizzata CURE.

#### 4. RESPONSABILITÀ

Il personale del Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze patologiche è responsabile dell'applicazione delle raccomandazioni descritte nel presente documento.

I professionisti che prendono in carico le persone alla prima manifestazione psicotica o ad alto rischio di psicosi garantiscono l'implementazione delle raccomandazioni relative al percorso di cura secondo le modalità organizzative definite a livello dipartimentale.



## 4. DEFINIZIONI

SIGLE	DEFINIZIONI
DSMDP	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
CSM	Centro Salute Mentale
DUP	Durata della psicosi non trattata
CBT	Terapia Cognitivo-Comportamentale
CURE	Cartella Unica Regionale Elettronica (Cartella socio-sanitaria informatizzata dei DSMDP della regione Emilia-
Romagna)	
CVEP	Checklist per la valutazione dell'Esordio Psicotico
DD	Doppia diagnosi
DGP	Disturbi gravi di personalità
HoNOS/MHCT	Health of the Nation Outcome Scale-Mental Health Clustering Tool (Scala di valutazione per soggetti adulti)
HoNOSCA	Health of the Nation Outcome for Children and Adolescent (Scale di valutazione per bambini e adolescenti)
IPS	Individual Placement and Support
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview (Intervista clinica strutturata per una diagnosi differenziale categoriale in accordo ai criteri DSM-IV e ICD-10) DSM-V
NPIA	Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
Progetto	Il progetto definisce in modo personalizzato la logica e il contenuto dell'intervento di cura. Nella sezione Progetto della cartella CURE si pianifica l'intervento con l'assistito, definendo obiettivi da raggiungere, trattamenti, risorse, professionisti, familiari e eventuali altri soggetti coinvolti, tempi e strumenti di valutazione.
Referente del percorso	Il Referente del percorso è un professionista del DSMDP con compiti di garanzia, monitoraggio e verifica dell'andamento complessivo del percorso di cura. Non sostituisce in alcun modo altri professionisti che erogano i trattamenti sul paziente, ma facilita e stimola il percorso progettuale
Responsabile clinico	Il Responsabile clinico è il medico o psicologo titolare del progetto di cura
SerDP	Servizio Dipendenze patologiche
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
STP	Straniero temporaneamente presente

## 6. GRADING RACCOMANDAZIONI

Nella presente revisione ci si è avvalsi della metodologia di Grading già adottata nelle Linee di Indirizzo 2016, coerenti con il Grading NICE 2003 come riportato in Tabella 1.

Tabella 1- Livello delle raccomandazioni e delle evidenze scientifiche	
Rating sul livello delle evidenze scientifiche	<p><b>Ia</b> Evidenze ottenute da meta-analisi o studi clinici randomizzati</p> <p><b>Ib</b> Evidenze ottenute da almeno uno studio clinico randomizzato</p> <p><b>Ila</b> Evidenze ottenute da almeno uno studio non randomizzato ma controllato, ben disegnato, prospettico</p> <p><b>Ilb</b> Evidenze ottenute da almeno uno studio non randomizzato, ben disegnato, prospettico, quasi sperimentale</p> <p><b>III</b> Evidenze ottenute da almeno uno studio non randomizzato, ben disegnato, osservazionale come studi comparativi, di correlazione, caso controllo</p> <p><b>IV</b> Evidenze ottenute da documenti o opinioni di comitati di esperti. Sono compresi anche le opinioni di esperti di quella specifica area clinica</p>
Rating sulla forza delle raccomandazioni	<p><b>A</b> (Livello della evidenza scientifica Ia, Ib) Almeno uno studio clinico randomizzato; evidenze scientifiche complessivamente di buona qualità e consistenza</p> <p><b>B</b> (Livello delle evidenze Ila, Ilb, III) Studi clinici metodologicamente corretti ma non randomizzati La validità delle evidenze scientifiche è intermedia tra A e C</p> <p><b>C</b> (Livello delle evidenze scientifiche IV) Documenti o opinioni di comitati di esperti. Sono comprese anche le opinioni di esperti di quella specifica area clinica. Questa valutazione indica l'assenza di studi clinici controllati</p> <p><b>GLR</b> (a cura del Gruppo di Lavoro Regionale)</p>

## 7. ASPETTI GENERALI E DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGRAMMA

### 7.1. Epidemiologia

L'esordio dei disturbi psicotici avviene prevalentemente durante l'età adolescenziale e giovane adulta. L'età media di comparsa del disturbo infatti è compresa tra i 15 ed i 35 anni con un valore mediano dell'età di insorgenza pari a 22 o 23 anni (Belvederi Murri et al., 2020; Kessler et al., 2007). Circa il 2-3% degli adolescenti e dei giovani adulti sviluppano un disturbo psicotico, spesso con un decorso persistente, che frequentemente necessita di trattamenti psicofarmacologici a lungo termine, non esenti da effetti collaterali (Gayer-Anderson et al., 2020). Esiste una grande variabilità di incidenza dei disturbi psicotici tra Paesi e aree diverse (es. urbane vs non urbane) e questa variabilità ha da tempo richiamato grande attenzione allo studio dell'interazione tra variabili biologiche, ambientali, individuali e di area (Belvederi Murri et al., 2023).

Tra i disturbi psicotici, il più grave, sia in termini clinici che di impatto sociale, è la schizofrenia; pur non essendovi una piena concordanza rispetto ai dati epidemiologici, la prevalenza lifetime della schizofrenia oscilla approssimativamente fra 0.3%-0.7% con variazioni rispetto all'etnia, alle aree geografiche e ai flussi migratori (American Psychiatric Association, 2013). Il tasso mediano di incidenza per la schizofrenia nella fascia di età giovanile è di 15,2 per 100.000 ab. con un rapporto M/F di 1,4. La popolazione immigrata ha una incidenza di schizofrenia 4,6 volte più elevata della popolazione locale (McGrath et al., 2004; Tarricone et al., 2022).

### 7.2. Evoluzione dei percorsi di cura

I disturbi psicotici sono considerati fra i disturbi psichiatrici più gravi per la complessità della gestione terapeutica, per la disabilità che ne può conseguire, per lo stigma che colpisce chi ne è affetto, per le difficoltà e il costo che pongono alle famiglie dei pazienti e ai servizi. L'area della sofferenza/disagio alla quale ci riferiamo riguarda soggetti che si collocano in un continuum che va da una 'crisi evolutiva adolescenziale' spesso di natura fisiologica fino a condizioni di psicosi conclamata con una diagnosi clinica-categoriale; tali estremi evidentemente abbracciano un ampio range di condizioni intermedie. L'adolescenza e la prima età adulta sono fasi del processo evolutivo dell'individuo che si realizzano in stretta interazione con i processi evolutivi di altri soggetti, in particolare quelli della famiglia nella quale la persona si colloca (Regione Emilia-Romagna, 2013b). È dunque opportuno che questo incrocio di traiettorie biografiche e vissuti personali venga considerato attentamente nel suo interconnettersi nelle diverse fasi di valutazione e nel processo diagnostico assistenziale. I servizi sanitari in funzione della loro specificità intercettano prevalentemente alcuni segmenti di popolazione, mentre altre tipologie di servizi potranno essere fondamentali per l'individuazione in altri segmenti (es. scuole, Servizi Sociali); tuttavia, essendovi ampie aree di sovrapposizione, si rende necessaria una forte integrazione tra i servizi e una specifica competenza clinico-assistenziale dei professionisti. Tale competenza dovrà essere centrata sulla capacità sia di cogliere e valutare la complessità delle dimensioni bio-psico-sociali della sofferenza/disagio nell'età adolescenziale e nel giovane-adulto, sia di definire le categorie diagnostiche e/o assistenziali necessarie per attivare specifici percorsi di cura (Ministero della Salute, 2014). Negli ultimi 20 anni il modello di cura si è sempre più spostato dall'intervento convenzionale finalizzato al supporto delle fasi più avanzate di malattia e disabilità, ad un approccio preventivo, che valorizzi gli interventi integrati precoci nel cosiddetto "periodo critico" e durante quello prodromico in modo da influire positivamente sull'evoluzione psicologica, biologica e sociale dei giovani con forme iniziali di disagio psichico (Belvederi Murri et al., 2021; Birchwood, 2004; Chivilgina et al., 2020; Cocchi et al., 2018; Cocchi & Meneghelli, 2012; Correll et al., 2018; Ferrara et al., 2019; Meneghelli et al., 2023; Meneghelli & Monzani 2023; Pelizza, Raballo, et al., 2019; Ruggeri et al., 2015; Schmidt et al., 2015).

Questo cambiamento paradigmatico, supportato da robuste evidenze scientifiche (Meneghelli & Monzani, 2023; Correll et al., 2018; Keepers et al., 2020; McGorry & Killackey, 2002), richiede un'adeguata implementazione di strategie di valutazione e di intervento precoci. Fin dalla fase di valutazione si avvale di un approccio multidisciplinare e multidimensionale con l'obiettivo di offrire interventi terapeutici che consentano la più ampia recovery personale e integrazione sociale nella vita reale.

La presa in carico clinico-assistenziale contempla sia funzioni *di valutazione* che di *cura* e prevede l'avvio di interventi evidence-based solo dopo un'accurata indagine del funzionamento e del sistema relazionale di riferimento della persona a rischio di esordio.

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

### 7.3. Finalità generali

1. Individuare il più precocemente possibile quei soggetti con disagio/sofferenza psichica che potenzialmente possano trarre beneficio da interventi terapeutici farmacologici, psicosociali e familiari. Si fa riferimento non solo a soggetti con diagnosi conclamata di esordio psicotico ma anche a persone ad alto rischio (o con sintomatologia psicotica sottosoglia) che necessitino di una "stadiazione" del rischio, monitoraggio dei sintomi e programmi terapeutici specifici per ridurre il rischio di evoluzione ad un disturbo psicotico.
2. Costruire una solida alleanza che preveda una buona comunicazione con tutti i pazienti coinvolti nella gestione dell'esordio e la loro motivazione al trattamento terapeutico; questa finalità è prioritaria rispetto alla valutazione stessa; sarà utile pertanto adattare il setting e i contenuti della valutazione a questa finalità
3. Raccogliere informazioni multidimensionali sulla persona e sul suo contesto di vita, allo scopo di definire una formulazione del caso e un percorso di cura personalizzato. Il percorso di cura sarà specifico in funzione della diagnosi, della gravità e complessità del caso, dei bisogni espressi dalla persona e dal suo contesto familiare, delle risorse e preferenze personali; sarà inoltre orientato ad una recovery più precoce e ampia possibile.
4. Attuare un monitoraggio del percorso di cura attraverso indicatori di processo ed esito, al fine di valutarne l'appropriatezza di efficacia, e favorire al tempo stesso un miglioramento continuo della qualità del processo assistenziale attraverso un'attività di benchmarking tra i diversi servizi.

## 8. FASI CHE CARATTERIZZANO IL PERCORSO RIVOLTO ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE NELLE PERSONE AD ALTO RISCHIO O ALLA PRIMA MANIFESTAZIONE PSICOTICA

### 8.1. Fase 1 - Identificazione di soggetti ad alto rischio di psicosi o con esordio psicotico

L'attenzione ai segnali precoci di rischio è fondamentale; un intervento precoce sulle persone ad alto rischio può modificare il percorso di vita favorendo il passaggio da comportamenti problematici verso comportamenti preventivi e conservativi dello stato di salute (Fusar-Poli, Sullivan, et al., 2019; McGorry et al., 2003; McGorry et al., 2002; Shah et al., 2022).

L'evoluzione e gli esiti finali della psicosi sono in larga parte condizionati dalla tempestività e dalla qualità degli interventi terapeutici offerti nelle fasi precoci del disturbo (McDonagh et al., 2022; Meneghelli et al., 2019; Morrison et al., 2004). Il ritardo nel trattamento o interventi inappropriati possono accrescere il rischio di cronicizzazione del disturbo, con una conseguente riduzione della qualità della vita, il fallimento scolastico e/o la perdita dell'occupazione, la comparsa di comportamenti auto/etero-lesivi, di conflitti intra-familiari e il peggioramento delle relazioni interpersonali (Birchwood, 2004; Correl et al., 2018; Penttilä et al., 2014).

#### 8.1.1. Definizione degli stati a rischio

Sono stati identificati tre sottotipi di stati mentali ad alto rischio che correlano con una maggiore probabilità di sviluppare una psicosi (Yung & McGorry, 1996; Yung et al., 2004):

**3b.1) Sintomi psicotici attenuati (APS):** presenza di sintomi psicotici sottosoglia nel corso dell'ultimo anno di cui si richiamano i criteri diagnostici proposti nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR, American Psychiatric Association, 2022) che prevedono:

- A. Almeno uno dei seguenti sintomi è presente ed è di severità e frequenza sufficiente da giustificare attenzione clinica:
  - Deliri attenuati
  - Allucinazioni attenuate
  - Eloquio disorganizzato attenuato
- B. Il/i sintomo/i deve essere stato presente almeno una volta a settimana nell'ultimo mese
- C. Il/i sintomo/i deve essere iniziato o peggiorato nell'ultimo anno
- D. Il/i sintomo/i deve essere sufficientemente stressante e disabilitante per l'individuo da giustificare l'attenzione clinica
- E. Il/i sintomo/i non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, incluso un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica
- F. Non sono mai stati soddisfatti i criteri per nessun disturbo psicotico.

#### Di particolare importanza sono i criteri A e F

Il criterio A indica come la sindrome sia caratterizzata da sintomi simili a quelli presenti nei disturbi psicotici, ma che a differenza di questi ultimi, sono sottosoglia. La differenza fra i sintomi del criterio A nella Sindrome Psicotica Attenuata e negli altri disturbi psicotici, come ad esempio la Schizofrenia, consiste in una minore intensità e maggior transitorietà. Vi è un maggior insight e l'esame di realtà, seppur compromesso, è maggiormente conservato. Nei disturbi psicotici tali sintomi appaiono invece più strutturati, invalidanti e sono presenti a medio e lungo termine. È tuttavia presente un forte disagio ed una compromissione o riduzione del funzionamento dell'individuo nei differenti ambiti di vita, come sottolineato dal criterio D. In genere i deliri sono meno rigidi rispetto ai disturbi psicotici e sono caratterizzati principalmente

da sospettosità e senso di grandiosità. Le allucinazioni possono essere più o meno vivide, più frequentemente includono dispercezioni sensoriali, prevalentemente uditive e visive. La disorganizzazione comportamentale riguarda prevalentemente l'eloquio: esso è frequentemente bizzarro ma non compromesso. Nelle condizioni più gravi possono essere presenti blocchi del pensiero e perdita dei nessi associativi, i quali possono tuttavia essere recuperati. Possono essere presenti altri sintomi o condizioni cliniche, in particolari stati o disturbi ansiosi e depressivi, ritiro sociale, alterazioni emotive, comportamentali e cognitive (American Psychiatric Association, 2013; Salazar de Pablo et al., 2020; Tsuang et al., 2013).

**3b.2. Sintomi psicotici brevi intermittenti (BLIPS):**

episodi di sintomi psicotici conclamati a remissione spontanea e per periodi inferiori a una settimana;

**3b.3. Vulnerabilità familiare e declino funzionale recente**

(familiari di primo grado con un disturbo psicotico o diagnosi di disturbo schizotipico di personalità e compromissione significativa del funzionamento durante l'anno precedente)

(Thorup A.E., Larsen T.M. et al 2018) <https://figliinpenombra.it/chi-siamo/>

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 1 a cura del GLR** - Laddove i pazienti siano anche caregivers/genitori bisognerebbe perseguire un adeguato sostegno alle funzioni genitoriali in primis verso figli minori, i cui bisogni andrebbero valutati. È infatti importante a fini preventivi dedicare attenzione ai figli minori di pazienti psicotici e alle funzioni genitoriali che andrebbero regolarmente monitorate (DSMDP Modena, Programma Figli in Penombra; in <https://figliinpenombra.it/chi-siamo/>)

**8.1.2. Identificazione precoce**

Trattare il disturbo il più precocemente possibile al fine di ridurre la Durata Psicosi non Trattata (DUP) è di fondamentale importanza: una DUP breve è associata a sintomi meno severi nel momento dell'accesso ai servizi, minore gravità di sintomi negativi, esiti migliori sia in termini di miglior risposta agli antipsicotici, che di miglior funzionamento globale, sociale e professionale, oltre che di miglioramento della qualità della vita (Correll et al., 2018; Howes et al., 2021; Jabar et al., 2021).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 2 di livello A** - Individuare il più precocemente possibile tra le persone, che si rivolgono con una richiesta d'aiuto ai Servizi Sanitari e Sociali, con disagio/offerenza psichica ad alto rischio o con esordio psicotico che possano trarre beneficio da interventi terapeutici specifici.

**8.1.3. Strumenti per lo screening**

Fra gli strumenti di screening per individuare soggetti che sperimentano sintomi suggestivi di psicosi o di stato mentale a rischio di psicosi, da sottoporre successivamente a interviste semistrutturate (paragrafo 8.1.5), sia in setting di cure primarie che di salute mentale generale, si raccomanda l'uso di: Checklist per la valutazione dell'Esordio Psicotico (CVEP,



Feo e Raballo 2007) versione breve del Prodromal Questionnaire (Pelizza et al., 2018) che hanno dimostrato di avere buone proprietà psicometriche in campioni help-seeking di adolescenti e giovani adulti (13-35 anni) afferenti ai servizi di salute mentale (Correll et al., 2018; French et al., 2012; Fusar-Poli, Salazar de Pablo, et al., 2020; Maj et al., 2021; Pelizza, Raballo, et al., 2019; Savill et al., 2018).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 3 di livello A** - *Perseguire modalità organizzative che facilitino l'accesso di persone a rischio e l'adozione di strumenti di screening mirato per individuare soggetti con esordio psicotico*

Le ricerche hanno messo in evidenza l'importanza di prevedere una formazione periodica sull'uso di strumenti di screening affidabili e sulle modalità di presa in carico delle persone ad alto rischio o all'esordio psicotico (Addington et al., 2017b; Fusar-Poli, Salazar de Pablo, et al., 2020; J. H. Taylor & Z. M. Huque, 2021)

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 4 di livello A** - *Prevedere periodiche attività di informazione e formazione, differenziate e specifiche, rivolte ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, ai medici degli ambulatori STP<sup>1</sup>, ai professionisti delle Case della Comunità, agli operatori sociali dei servizi pubblici, maggiormente coinvolti nel supporto alla persona, al privato sociale, psicologi della scuola, operatori dei consultori e dei servizi di bassa soglia rivolti ai giovani.*

**Inoltre il Gruppo Regionale raccomanda**

**Raccomandazione 5 a cura del GLR** - *Qualora il colloquio iniziale e/o gli strumenti di screening mettano in evidenza la necessità di effettuare una valutazione più approfondita il soggetto verrà invitato ad effettuare una valutazione specifica eseguita da personale del DSMDP opportunamente formato. Sarà inoltre importante segnalare l'eventuale difficoltà di espressione/comprendimento della lingua italiana e se lo screening è stato o meno effettuato in presenza di mediatore culturale.*

**8.1.4. Valutazione, approfondimento diagnostico, formulazione del caso in persone ad alto rischio o con sospetto esordio psicotico**

Questa fase di valutazione, successiva a quella di screening, richiede tempo adeguato e necessita di particolare cura nell'esecuzione, poiché è essenziale per comprendere se la psicopatologia e le caratteristiche bio-psico-sociali del paziente necessitano di un intervento terapeutico attuando una corretta formulazione del caso (Garethy & Ferraro, 2017; Smith

<sup>1</sup> Straniero Temporaneamente Residente.

et al., 2003), comprensivo della valutazione del rischio suicidario (Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2012), abuso di sostanze, stato di salute fisica e stile di vita salutogenico (Firth et al., 2015; Firth et al., 2017; Keller-Varady et al., 2018).

Gli studi indicano che la valutazione deve essere mirata alla “stadiazione” del rischio psicopatologico, all’identificazione dei sintomi o comportamenti oggetto di un eventuale intervento terapeutico o in alternativa ad un loro semplice monitoraggio evolutivo qualora si ritenga di non intervenire (Arango et al., 2018; Fusar-Poli et al., 2017; Glenthøj et al., 2020). In ogni caso date le importanti relazioni esistenti fra la rilevazione degli stati a rischio e lo sviluppo di psicosi a tre anni si indica di prevedere almeno tre anni di monitoraggio (Fusar-Poli et al., 2019), mentre per quanto concerne la durata della valutazione la letteratura indica un periodo massimo di 30 giorni (Fusar-Poli, Salazar de Pablo, et al., 2020; Salazar de Pablo et al., 2021).

#### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 6 di livello B** - *La valutazione dovrà iniziare tempestivamente e concludersi, salvo motivate eccezioni, entro un mese dall’inizio.*

**Raccomandazione 7 a cura del GDL** - *Se il paziente presenta un quadro clinico psicopatologico sottosoglia rispetto alla diagnosi di psicosi, si dovrà valutare la gravità dei sintomi, il livello di distress e di influenza sul funzionamento, il grado di preoccupazione della famiglia. È necessario garantire, con il consenso informato del paziente, un monitoraggio della sintomatologia per i successivi 3 anni.*

#### 8.1.5. Strumenti psicometrici

Tra gli strumenti sviluppati per facilitare l’assessment nella popolazione dei giovani “help-seekers” che sperimentano sintomi suggestivi di uno stato prodromico di psicosi sono state messe a punto interviste semistrutturate quali la Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS; Pelizza, Paterlini, et al., 2019; Pelizza, Raballo, et al., 2019) o la SIPS/SOPS, *Intervista semistrutturata per la valutazione delle sindromi prodromiche* (Miller et al., 2003) o la *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1998), le quali hanno dimostrato di avere una accuratezza prognostica meta-analitica eccellente (Oliver et al., 2022; Yoviene Sykes et al., 2020).



### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 8 di Livello A** - Spiegare al paziente e ai familiari le motivazioni della proposta di approfondimento diagnostico e di un eventuale intervento, stimolando una loro partecipazione attiva e costruttiva rispetto ai contenuti.

In questa fase dovranno essere raccolte tutte le informazioni necessarie al fine di:

- a) attuare una diagnosi differenziale accurata (si suggerisce a tal fine l'uso di strumenti standardizzati come la CAARMS e/o la M.I.N.I.);
- b) attuare una formulazione del caso;
- c) definire con il paziente e, ogni volta che è possibile con i suoi familiari, un percorso terapeutico specifico e personalizzato con obiettivi concordati ed espliciti, basati sulla formulazione del caso, sui punti di forza del paziente e del suo contesto di vita, sulle sue preferenze di cura;
- d) definire fattori di stress e/o di rischio che potrebbero innescare sintomi di recidiva, come ad esempio l'abuso di sostanze ed eventi di vita stressanti;
- e) valutare i fattori di rischio per la salute ed il carico assistenziale correlati al ruolo di care-giver;
- f) valutare la compliance terapeutica, analizzandone i fattori favorenti e gli ostacoli da includere nella definizione del piano di trattamento;
- g) valutare la presenza di ideazione o agiti auto-eterolesivi;
- h) effettuare le valutazioni di laboratorio e strumentali di routine, utili e necessarie ad operare una diagnosi differenziale, compresa la storia clinica medica, psichiatrica generale, l'esame fisico e l'esame dello stato mentale al fine di escludere cause secondarie di psicosi; se necessario verranno effettuati approfondimenti strumentali (EEG, TAC, RMN, etc.), di laboratorio ed eventualmente consulenze specialistiche;
- i) valutare l'eventuale comorbidità con abuso/dipendenza da sostanze; qualora presente verrà coinvolto il SerDP, sia nella fase di valutazione sia nella definizione operativa del progetto terapeutico durante gli incontri di pianificazione;
- j) valutare e monitorare la salute fisica (v. Appendice 1); qualora vengano evidenziati problemi saranno suggeriti interventi finalizzati alla promozione di stili di vita salutari e coinvolti i professionisti necessari ad una appropriata gestione del caso.

**Raccomandazione 9 di Livello A** - Qualunque sia la strategia terapeutica adottata, un primo passaggio verso un probabile intervento terapeutico deve essere preceduto da un'attenta valutazione finalizzata alla "stadiazione" del rischio psicopatologico, all'identificazione dei sintomi o comportamenti oggetto dell'eventuale intervento terapeutico o, in alternativa, a un loro semplice monitoraggio evolutivo qualora si ritenga di non intervenire. Questo approccio di valutazione che mira alla "stadiazione" del rischio, presuppone l'adozione di adeguati strumenti di assessment (ad es.: CAARMS).

**Raccomandazione 10 a cura del GLR** - Di norma la valutazione sarà effettuata dallo psichiatra, psicologo o dal neuropsichiatra se minore, in stretta collaborazione con l'operatore delle Professioni Sanitarie che assumerà la funzione di Referente del percorso, opportunamente formato per la sua applicazione.

**Raccomandazione 11 a cura del GLR** - I Referenti del percorso si faranno carico, qualora necessario, anche dell'organizzazione degli incontri multiprofessionali dedicati all'organizzazione e pianificazione del percorso terapeutico personalizzato, che verrà messo in atto tempestivamente al termine della valutazione.

#### 8.1.6. Trattamento delle persone ad alto rischio

Successivamente all'identificazione dei soggetti ad alto rischio di sviluppare un disturbo mentale grave, la letteratura evidenzia l'importanza di applicare programmi di intervento precoce che comprendano attività terapeutiche di tipo psicosociale specifiche (colloqui a indirizzo CBT, interventi familiari e di supporto, training ed interventi di supporto educativi, occupazionali e vocazionali) (Aberizk et al., 2022; Catalan, Salazar de Pablo, et al., 2021; Fusar-Poli, Davies, et al., 2019; Fusar-Poli, De Micheli, et al., 2020; Salazar de Pablo et al., 2022; Studerus et al., 2021; West, Parrish, & Friedman-Yakoobian, 2022; West, Parrish, Green, et al., 2022).

Nonostante questa imponente mole di studi che documenta l'efficacia di interventi psicoterapici e psicosociali svolti nelle persone ad alto rischio nella prevenzione della psicosi, o altri interventi ad-hoc per ansia, depressione, disturbo di personalità emergente e disturbo da uso di sostanze, associati o meno ad interventi familiari (Addington et al., 2017a) vi sono ricerche che presentano dati contrastanti (Bechdolf et al., 2023; Yung et al., 1996) e l'opzione di attuare interventi terapeutici in fase pre-psicotica è tuttora oggetto di discussione anche per il rischio di intervenire su casi definibili come "falsi positivi". Nel contempo è evidente che la maggior parte di questi soggetti soffre significativamente a causa dei sintomi presentati, e che la richiesta di aiuto rende necessari interventi terapeutici e/o di sostegno, indipendentemente dalla diagnosi che eventualmente potrà emergere a lungo termine (Soneson et al., 2020).

**Obiettivo del trattamento** è sostanzialmente quello di ridurre il disagio psicologico percepito, e di impedire, ritardare o ridurre il rischio di transizione verso la psicosi, concordemente a quanto suggerito da studi condotti su soggetti ad alto rischio (Nieman & McGorry, 2015), nel ridurre la sintomatologia prepsicotica e prevenire il declino sociale ed il funzionamento (Arango et al., 2018; Catalan, Salazar de Pablo, et al., 2021; Fusar-Poli et al., 2017; Fusar-Poli, Salazar de Pablo, et al., 2020; Glenthøj et al., 2020; Mei et al., 2021).

#### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 12 di Livello B** - Qualora la fase di valutazione e approfondimento diagnostico identifichi soggetti con sintomatologia suggestiva per un alto rischio di evoluzione psicotica, si dovrà procedere attivando un percorso di cura appropriato che coinvolga i professionisti della salute mentale (neuropsichiatri, psichiatri, psicologi) formati per il trattamento di soggetti ad alto rischio.

**Raccomandazione 13 di Livello B** - Successivamente all'identificazione dei soggetti a rischio, si raccomanda di monitorare il decorso dei sintomi stessi e di pianificare un trattamento caratterizzato da colloqui a indirizzo CBT, interventi familiari e di supporto, skill training e se necessario, interventi di supporto educativi, occupazionali e vocazionali orientati sui sintomi e finalizzati ad alleviare la sofferenza associata

**Raccomandazione 14 di Livello A** - Qualora si evidenzino fattori di stress correlati ai sintomi in atto, si potrà intervenire attraverso strategie psicoeducative o approcci ad indirizzo cognitivo-comportamentale finalizzate a migliorare la capacità della persona di far fronte ai fattori stressanti.

**Raccomandazione 15 di Livello A** - Si raccomanda di effettuare trattamenti specifici per le psicosi (ad esempio, interventi psicoeducativi familiari specifici sulla psicosi, psicoterapie specifiche, farmaci antipsicotici) solo dopo aver ottenuto un adeguato consenso informato e sia stata formulata una diagnosi di psicosi.

In linea generale, le linee-guida internazionali suggeriscono che NON è indicata la prescrizione di antipsicotici per sintomi sottosoglia o per ridurre il rischio di progressione a psicosi conclamata (Arango et al., 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 16 di Livello A** - NON prescrivere antipsicotici per sintomi sottosoglia o per ridurre il rischio di progressione a psicosi conclamata.

**Raccomandazione 17 di Livello C** - La valutazione clinica dovrà tuttavia tener conto dell'eventuale presenza di un rapido deterioramento funzionale, di un elevato rischio di comportamenti auto-eterolesivi e dell'inefficacia degli interventi psicosociali di prima linea. In tal caso, i farmaci potranno essere prescritti per un tempo limitato e finalizzati primariamente ad alleviare la sofferenza psichica.

Concordemente a quanto indicato nel "Programma Regionale 14-25" (Regione Emilia-Romagna, 2017)

## Si raccomanda

**Raccomandazione 18 a cura del GLR** - In generale se le persone hanno meno di 18 anni (minori) l'intervento avverrà a cura della neuropsichiatria infantile (NPIA); se la persona ha più di 18 anni, lo stesso sarà a cura della salute mentale adulti (CSM). Questa indicazione potrà essere disattesa qualora motivi organizzativi (ad es: presenza di servizi per utenza 15-35 anni) o ragioni di opportunità clinica lo rendano necessario (ad esempio se il soggetto è vicino all'età adulta potrà essere preso in carico direttamente dal CSM; se il soggetto minore sta concludendo un percorso di cura potrà rimanere in carico alla NPIA).

**Raccomandazione 19 a cura del GLR** - La realizzazione del percorso di cura dovrà avvenire all'interno di un setting che sia il meno stigmatizzante possibile e finalizzato alla recovery più ampia e precoce.

**Raccomandazione 20 a cura del GLR** - In ogni caso si dovranno adottare modalità comunicative idonee al contesto socio-culturale ed emotivo del paziente e dei familiari.

**Raccomandazione 21 di Livello C** - I professionisti, mantenendo un atteggiamento realisticamente fiducioso sulla possibilità di evitare la progressione della gravità dei sintomi e di pervenire a un completo recupero del funzionamento, offriranno disponibilità alla persona a rischio e ai suoi familiari qualora la situazione evolva verso una crisi conclamata.

**Raccomandazione 22 di Livello C** - Particolare attenzione nella valutazione degli stati a rischio dovrà essere posta ai soggetti maggiormente vulnerabili come i migranti. Si rimanda a tal proposito al **Paragrafo 9.3** del Presente Documento.

## 8.2. Fase 2 - Trattamento esordi psicotici: fase di scompensamento psicotico acuto, esordio o ricaduta

**8.2.1. Caratteristiche dell'esordio psicotico.** Un primo episodio psicotico può presentarsi in maniera improvvisa, o lenta e insidiosa. La maggior parte delle persone presenta una fase prodromica caratterizzata da uno sviluppo di sintomi e segni lento e graduale (ad esempio: ritiro sociale, perdita di interesse per il lavoro o la scuola, peggioramento del funzionamento personale e sociale, scarsa igiene e cura di sé, modificazioni del comportamento con aspetti bizzarri o insoliti, episodi di rabbia etc.). Il periodo prodromico può durare da pochi giorni a diversi mesi. Può far seguito la comparsa di sintomi più acuti, affettivi o non affettivi, che permettono di formulare la diagnosi di esordio psicotico. Nei limiti del possibile, sarebbe auspicabile gestire a livello ambulatoriale questa fase (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 23 di Livello B** - Anche nella fase di scompenso acuto, dovrà essere posta particolare attenzione a offrire un percorso terapeutico nel setting meno coercitivo e/o restrittivo possibile, evitando per quanto possibile il ricovero in strutture ospedaliere.

#### 8.2.2. Obiettivi terapeutici correlati alla gestione della fase acuta

Gli obiettivi terapeutici correlati alla gestione della fase acuta sono:

1. instaurare una relazione di sostegno
2. stabilire un'alleanza con il paziente e la famiglia
3. trasmettere speranza ai pazienti e alle loro famiglie
4. introdurre un dialogo sul disturbo e sulla necessità di un trattamento
5. aiutare ad accettare la terapia farmacologica e individuare la più appropriata
6. coinvolgere i familiari chiedendo loro collaborazione e fornendo loro supporto
7. ridurre la sintomatologia psicotica attiva e i sintomi associati utilizzando farmaci e interventi psicosociali
8. identificare e risolvere i fattori che hanno innescato l'inizio dell'episodio acuto
9. ridurre la probabilità che il paziente arrechi danno a sé stesso e/o ad altri
10. gestire l'eventuale comportamento disorganizzato e/o disfunzionale
11. ripristinare rapidamente un livello di funzionamento accettabile e commisurato a quello precedente la crisi, avendo come obiettivo prioritario una recovery più precoce e ampia possibile
12. iniziare la fase di valutazione
13. iniziare a formulare piani di trattamento a breve e lungo termine

Le Linee Guida NICE sostengono l'importanza che tutti i clinici, impegnati sia nei servizi ambulatoriali che ospedalieri, siano formati al trattamento dedicato all'Esordio nella fase acuta. È essenziale inoltre coinvolgere *il paziente* ed i familiari con l'équipe multiprofessionale nella formulazione del caso e nella stesura delle priorità terapeutiche (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

### Pertanto il Gruppo Regionale raccomanda

**Raccomandazione 24 a cura del GLR** - Qualora l'esordio psicotico determini la necessità di un ricovero in reparto di psichiatria-SPDC, si dovrà attivare al più presto la presa in carico da parte del CSM o della NPIA, comunicando tempestivamente (entro 48 ore dall'avvenuto ricovero) l'assegnazione all'équipe multiprofessionale Esordi, concordando con il medico che ha in carico il paziente nel setting ospedaliero le valutazioni e il programma terapeutico in coerenza con le raccomandazioni.

**Raccomandazione 25 di livello A** - Il personale medico, psicologico e i professionisti sanitari operanti in SPDC dovranno essere formati al trattamento dei pazienti all'esordio, considerando la rilevante percentuale di primo contatto che si realizza in condizione di ricovero ospedaliero.



**Raccomandazione 26 di livello A** - *Il/i referent/i del percorso o il/i referent/i clinico/i del caso effettuata la valutazione (Fase 1 e 2), attua la formulazione del caso e definisce le priorità terapeutiche condividendole con il paziente stesso, con i suoi familiari (possibilmente con tutti i soggetti coinvolti nel percorso di cura) e con l'équipe multiprofessionale che si occuperà del caso.*

**Pertanto il Gruppo Regionale raccomanda**

**Raccomandazione 27 a cura del GLR** - *Se il paziente entra in contatto con i servizi nel corso di uno scompenso acuto, appena le condizioni cliniche del paziente lo consentano, si procederà con la fase di valutazione dei bisogni di cura, alla quale seguiranno gli incontri organizzativi delle équipe multiprofessionali, finalizzati alla pianificazione e implementazione del progetto personalizzato e "multicomponentiale", coinvolgendo i diversi professionisti con il paziente e i suoi familiari.*

**Raccomandazione 28 a cura del GLR** - *Gli interventi principali nella fase acuta saranno finalizzati a fornire un sostegno al paziente e alla sua famiglia, e si concentreranno prevalentemente sui problemi immediati.*

**Raccomandazione 29 a cura del GLR** - *Il primo obiettivo terapeutico sarà di costruire una buona alleanza terapeutica. Una volta che questo sarà stato raggiunto, l'intervento si concentrerà sulla valutazione finalizzata alla formulazione del caso e alla definizione del percorso terapeutico.*

**Raccomandazione 30 a cura del GLR** - *Qualora il percorso terapeutico sia rivolto a un soggetto ad alto rischio, esso seguirà le indicazioni già descritte. Se è rivolto a persona con esordio psicotico, seguirà le raccomandazioni di seguito riportate, che prevedono l'utilizzo, oltre che della terapia farmacologica, di tutti i presidi terapeutici di provata efficacia (interventi psicosociali e psicoterapici ad indirizzo CBT, interventi psicoeducativi rivolti sia alla famiglia che al paziente).*

**Raccomandazione 31 a cura del GLR** - *Gli interventi terapeutici dovranno essere integrati tra loro e condivisi con il paziente e i suoi familiari. La priorità delle attività terapeutiche sarà concordata con il responsabile del caso durante gli incontri organizzativi e sarà coerente con gli obiettivi e i bisogni del paziente emersi durante gli incontri iniziali e nelle fasi di screening e di valutazione. Qualora una o più componenti del percorso integrato non venga applicata lo si riporterà nella **Cartella CURE** con le relative motivazioni.*

### 8.2.3. Intervento farmacologico nella fase acuta

Le modalità con le quali somministrare la terapia farmacologica al paziente all'esordio sono descritte analiticamente nelle linee-guida internazionali, e in quelle nazionali e regionali (Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare, 2020; Drake et al., 2020; Ministero della Salute, 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Zhang et al., 2021).

#### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 32 di livello A** - *Il trattamento farmacologico dovrebbe iniziare al più presto, poiché l'aggravamento della sintomatologia psicotica si associa a intenso disagio emotivo, a comportamenti che possono esporre a rischio il paziente e influisce negativamente sul funzionamento del paziente, peggiorando la prognosi. Il trattamento farmacologico dovrebbe essere condotto dall'inizio assieme agli interventi psicosociali.*

Lo stato attuale delle evidenze sul trattamento farmacologico al primo episodio psicotico mostra che non vi sono prove scientifiche sufficienti per preferire antipsicotici di prima o seconda generazione. Tuttavia, alcuni studi sembrano dimostrare che gli antipsicotici di seconda generazione sono associati ad una migliore aderenza alla terapia, anche se alcuni di questi espongono ad un rischio maggiore di sviluppare una sindrome metabolica. Quelli di prima generazione si associano ad una maggiore frequenza di drop-out, a maggior rischio di sintomi extrapiramidali, ma minor rischio di sindrome metabolica (Gong et al., 2017; Huhn, Nikolakopoulou, Schneider-Thoma, Krause, Samara, Peter, Arndt, Bäckers, et al., 2019). Il principio chiave rimane quello di evitare la scelta di farmaci che potrebbero indebolire la futura aderenza alla terapia a causa dello sviluppo di effetti collaterali invalidanti. L'obiettivo immediato non solo è la riduzione dei sintomi psicopatologici e del rischio di ricadute, ma anche quello di offrire al paziente la percezione soggettiva di stare meglio e di avere una buona tolleranza del farmaco ai dosaggi concordati (Kahn et al., 2018; NICE 2019; Starace et al., 2018).

#### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 33 di Livello A** - *I farmaci di seconda generazione dovrebbero essere il trattamento di scelta a causa del minor rischio di sintomi extrapiramidali ed effetti collaterali.*

È necessario fornire esaurienti informazioni sulle terapie psicofarmacologiche sia al paziente che ai familiari (Gupta et al., 2018; Larsen-Barr et al., 2018; Peter R. Breggin, 2018).

#### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 34 di livello C** - *I pazienti e i familiari dovranno essere adeguatamente informati sui benefici e sui rischi della terapia farmacologica e consigliati nella scelta dei farmaci antipsicotici.*

### Inoltre il Gruppo Regionale raccomanda

**Raccomandazione 35 a cura del GLR** - Nel caso si rilevino barriere linguistiche o culturali, interpreti e mediatori culturali dovrebbero essere coinvolti in tale consultazione registrando in cartella eventuali fattori ostativi.

Sulla base delle linee-guida internazionali ed evidenze scientifiche sugli interventi farmacologici (Devoe et al., 2019; Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare, 2020; Gong et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Robinson, Schooler, U., et al., 2018; K. H. Taylor & Z. M. Huque, 2021; Zhang et al., 2021)

### Si raccomanda di

**Raccomandazione 36 di livello A** - Prima di iniziare o di modificare la terapia antipsicotica, a seconda del farmaco scelto e della situazione clinica, si raccomanda di effettuare un ECG, in particolare se: a) indicato in scheda tecnica del farmaco prescelto; b) l'esame obiettivo ha evidenziato specifici fattori di rischio cardiovascolare nell'individuo; c) vi è anamnesi personale di malattia cardiovascolare; d) vi è anamnesi personale o familiare di allungamento del tratto Q-T dell'ECG.

**Raccomandazione 37 di Livello A** - In presenza di fattori di rischio di tipo cardiovascolare, va valutata l'opportunità di richiedere un elettrocardiogramma (ECG) e, qualora vi sia una patologia cardiovascolare già diagnosticata, il dosaggio di antipsicotico di prima o seconda generazione dovrà essere il minimo possibile rispetto all'efficacia attesa.

**Raccomandazione 38 di livello A** - Durante la fase iniziale del trattamento, dovranno essere valutati i seguenti parametri: peso corporeo, circonferenza addominale, frequenza cardiaca, valori di pressione arteriosa, glicemia a digiuno, emoglobina glicata, profilo lipidico ematico, prolattina, presenza di disturbi del movimento, stato nutrizionale, abitudini alimentari, livello di attività fisica abitualmente svolto dalla persona.

**Raccomandazione 39 di livello A** - Quando si sceglie un farmaco antipsicotico, dovrà essere preso in considerazione il profilo degli effetti collaterali (metabolici, extrapiramidali, cardiovascolari, ormonali) e le preferenze per una determinata via di somministrazione (orale vs long-acting).

**Raccomandazione 40 di livello B** - La considerazione dei possibili effetti collaterali orienterà verso l'uso del dosaggio minimo efficace.



**Raccomandazione 41 di livello A** - Un periodo di osservazione senza antipsicotico di 24-48 ore è consigliato nel primo episodio, particolarmente se vi sono incertezze diagnostiche. In questa eventualità, si possono utilizzare Benzodiazepine per i sintomi ansiosi e/o per l'insonnia.

Anche per quanto concerne la durata della terapia farmacologica, diversi autori (Kane et al., 2013; Kane et al., 2020; Schoetsanitis et al., 2022; Stahl, 2014; Taylor et al., 2021) forniscono precise indicazioni sui comportamenti e le decisioni da adottare.

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 42 di livello B** - Se un farmaco è poco tollerato per la comparsa di effetti collaterali (es: incremento ponderale, eccessiva sedazione, sintomi extra-piramidali) considerare lo switch ad altro farmaco con differente profilo di tollerabilità.

**Raccomandazione 43 di livello C** - Ottenuta la risposta al trattamento, si suggerisce di mantenere la terapia per un periodo di 12-24 mesi. Se si osserva la remissione completa dei sintomi, ridurre gradualmente la dose nell'arco di alcuni mesi con uno stretto follow-up (così da cogliere un'eventuale ricomparsa dei sintomi).

**Raccomandazione 44 di livello C** - Nel caso non si osservi risposta terapeutica in 2-3 settimane, va stabilito se i farmaci antipsicotici siano stati adeguatamente utilizzati in termini di dose, posologia e modalità di assunzione. Dovrebbero essere considerate tutte le possibili cause di scarsa risposta, come ad esempio l'uso concomitante di sostanze di abuso, la scarsa aderenza al trattamento, l'uso simultaneo di altri farmaci prescritti per malattie fisiche.

Numerose strategie sono indicate qualora vi sia scarsa aderenza alla terapia (Bellomo et al., 2021; Slade & Sweeney, 2020; Stevens et al., 2016).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 45 di livello C** - Analizzare le possibili motivazioni, eventualmente ottimizzare le dosi e fornire aiuto per migliorare la compliance; considerare l'uso di un farmaco long-acting, dedicando a questa scelta il tempo necessario per comunicare in modo appropriato e favorire l'adesione consapevole del paziente.

L'uso di clozapina è raccomandato nelle persone con diagnosi di schizofrenia e ha mostrato di essere efficace in alcuni casi di mancata risposta ad altri farmaci, ed in particolare nel ridurre episodi di aggressività (Correl et al., 2018). Le associazioni di antipsicotici devono essere utilizzate solo laddove la risposta a un singolo antipsicotico (compresa la clozapina) sia risultata inadeguata (Galling et al., 2017, Kane et al., 2018).

#### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 46 di livello A** - *Se la diagnosi è di schizofrenia e se due o più farmaci antipsicotici somministrati a dosi adeguate e per un periodo congruo sono risultati inefficaci, è raccomandato l'uso di clozapina. L'uso di clozapina andrebbe considerato anche per quei pazienti affetti da schizofrenia con un rischio persistente di suicidio o di violenza.*

**Raccomandazione 47 di livello A** - *La politerapia con antipsicotici dovrebbe essere evitata o valutata con estrema prudenza e motivata caso per caso. In tutti i casi, l'effetto della combinazione contro i sintomi target e gli effetti avversi deve essere attentamente valutato e documentato. Laddove non vi sia un chiaro beneficio, il trattamento deve tornare ad una monoterapia.*

#### 8.2.4. Incontri individuali con il paziente, con utilizzo dell'approccio psicoterapeutico ad indirizzo cognitivo comportamentale

##### 8.2.4.1. Efficacia degli interventi CBT

L'applicazione di tecniche CBT ha evidenziato maggiori benefici rispetto agli interventi standard ("treatment as usual") nel ridurre gli esiti negativi e la cronicizzazione della psicosi e nel ridurre i sintomi e la prescrizione di farmaci antipsicotici (Albert & Weibell, 2019; González-Ortega et al., 2021; Lodha & De Sousa, 2020; Naeem et al., 2016); da qui, l'esigenza di professionisti adeguatamente formati sulle tecniche terapeutiche a indirizzo cognitivo comportamentale (Meneghelli et al. 2023, Ruggeri & Meneghelli 2016; Smith et al., 2003). In particolare, la CBT risulta efficace non solo per i sintomi positivi, ma anche nel trattamento dei sintomi dell'ansia sociale nei pazienti affetti da psicosi (Fowler et al., 2009; Fowler et al., 2010). Tale approccio sarà finalizzato alla accettazione e alla normalizzazione dell'esperienza del soggetto, alla condivisione del modello stress-vulnerabilità e alla terapia cognitiva dei deliri (con particolare attenzione al monitoraggio dei propri pensieri e all'acquisizione della capacità di correlarli ai sintomi e al comportamento). Inoltre, si farà riferimento all'ABC cognitivo, all'ABC comportamentale, alla terapia cognitiva delle voci, al training sulle abilità comportamentali al fine di migliorare il funzionamento, alla terapia cognitiva dei sintomi secondari e agli interventi di prevenzione delle ricadute (Meneghelli & Ruggeri, 2016; Starace et al., 2014)

#### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 48 di livello A** - *L'utilizzo di un intervento ad orientamento CBT è raccomandato nella fase acuta, insieme con la Terapia TAU (risposta clinica usuale) per accelerare il recupero funzionale e la dimissione ospedaliera nei pazienti ricoverati. All'interno della équipe multiprofessionale devono essere presenti figure professionali formati agli approcci terapeutici ad indirizzo cognitivo-comportamentale.*

**8.2.4.2. Incontri di psico-educazione familiare.** Gli interventi di psicoeducazione nella fase acuta di malattia hanno evidenziato maggiori benefici rispetto alle cure standard nel favorire la costruzione dell'alleanza terapeutica, nel migliorare l'aderenza alle cure e la soddisfazione dei *pazienti* (McFarlane, 2016; Mueser et al., 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 49 di Livello A** - *All'interno della équipe multiprofessionale devono essere presenti figure professionali formate all'utilizzo di interventi psicoeducativi rivolti al paziente e alla sua famiglia sulle seguenti tematiche: comprensione del disturbo, utilizzo dei farmaci, abilità di comunicazione, emotività espressa, problem-solving, rilevazione dei segni precoci di crisi, obiettivi di crescita personale di ogni membro della famiglia. Fondamentale sarà favorire tra i componenti della famiglia la ripresa del dialogo, la capacità di ascolto reciproco e la valorizzazione dei vissuti e dei percorsi di vita personali.*

#### **8.2.5. Attività finalizzate alla recovery e inclusione sociale del paziente**

L'implementazione del processo di recovery personale implica che *i pazienti* discutano i propri valori e le proprie preferenze di trattamento con l'équipe multiprofessionale dedicata. Tali informazioni andranno registrate nel piano di trattamento personalizzato (Progetto di CURE) assieme agli interventi che lo staff adotta per sostenere i pazienti nel perseguimento degli obiettivi (Carozza 2017; Dunne et al., 2017; Plaistow et al., 2014; Ruggeri & Tansella, 2011; Vyas et al., 2015)

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 50 di livello A** - *All'interno dell'équipe multiprofessionale dovranno essere presenti figure professionali formate all'utilizzo delle strategie di implementazione del processo di recovery personale del paziente: conoscenza del significato di recovery personale, utilizzo del "coaching" finalizzato al sostegno del paziente nel suo percorso di recovery, conoscenza delle prassi di lavoro e dei valori correlati alla recovery, delle modalità per attuare un progetto di collaborazione il paziente, dando voce e soddisfacendo le sue aspettative e assicurando che i suoi valori, i punti di forza e gli obiettivi siano prioritari.*

Le attività volte alla recovery potranno iniziare anche durante questa fase acuta, ma la loro implementazione completa sarà più specifica nelle fasi successive di stabilizzazione e mantenimento.

## 8.2.6. Monitoraggio e promozione della salute fisica

Studi recenti evidenziano che gli interventi intensivi e strutturati volti al controllo delle complicazioni metaboliche, in particolar modo per prevenire l'incremento ponderale, forniscono risultati apprezzabili nei pazienti aderenti al percorso di cura (Damme et al., 2022; Fernández-Abascal et al., 2021; Ferrara et al., 2015; O'Donoghue et al., 2022; Romain et al., 2019; Stubbs et al., 2016).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 51 di livello A** - Al fine di ridurre il rischio di complicanze metaboliche, saranno forniti interventi di psicoeducazione per seguire regimi dietetici specifici, effettuare attività fisica regolare e/o suggerimenti specifici per altri interventi terapeutici necessari.

**Inoltre il Gruppo Regionale raccomanda**

**Raccomandazione 52 a cura del GLR** - L'eventuale coinvolgimento di altri professionisti (es. dietisti, medico dello sport) verrà deciso durante gli incontri di pianificazione e di implementazione. Gli obiettivi di promozione della salute fisica saranno trascritti nel piano terapeutico personalizzato (Progetto di CURE).

**Raccomandazione 53 a cura del GLR** - Il referente del percorso, durante la fase di valutazione, raccoglierà informazioni dettagliate sulla salute fisica, incluso peso, altezza, dieta, esercizio fisico, salute sessuale, uso di sostanze, abitudine tabagica; monitorerà periodicamente peso corporeo, circonferenza addominale e pressione arteriosa e fornirà suggerimenti relativi ad un corretto stile di vita. In collaborazione con il medico di medicina generale e/o il pediatra di libera scelta, il medico responsabile clinico prescriverà gli esami ematochimici e l'elettrocardiogramma secondo le cadenze temporali più appropriate. Il referente del percorso si avvarrà della collaborazione del SerDP per la gestione dei problemi correlati a fumo, alcool e sostanze d'abuso. In particolare, il referente del percorso avrà la responsabilità di pianificare e facilitare i programmi di cura volti al benessere del paziente.

In appendice al documento viene fornita una scheda di monitoraggio della salute fisica con indicazioni delle valutazioni periodiche da effettuarsi al fine di garantire l'applicazione di strategie per la promozione della salute fisica (Ferrara et al., 2015).

### 8.3. Fase 3 - Trattamento esordi psicotici: fase di recupero dalla fase acuta, fase clinicamente stabilizzata - primi due anni

**8.3.1. La recovery nei primi due anni** La fase di stabilizzazione o post-crisi corrisponde ad almeno i primi 6-12 mesi dopo un episodio acuto e può protrarsi fino al secondo anno. Diversi studi mettono in evidenza che il periodo relativo ai primi 2-5 anni è il periodo critico nel quale si sviluppa la maggior parte del deterioramento clinico, psicologico e sociale, ed è in questo periodo che gli interventi terapeutici specifici possono sviluppare la loro maggiore efficacia per ottenere una recovery più ampia possibile (Birchwood, 2004). Le recidive sono, infatti, frequenti durante i primi due anni dopo l'insorgenza di un disturbo psicotico e la vulnerabilità alla ricaduta persiste in circa l'80% dei pazienti. Il livello di funzionamento raggiunto 2 anni dopo la diagnosi è un buon predittore di quale sarà il livello di funzionamento nei quindici anni successivi (Bird et al., 2010). Durante questa fase, il paziente ha la possibilità di sviluppare abilità e competenze per un adattamento ottimale al proprio contesto ambientale. Pertanto, il sostegno da parte dei servizi con programmi di cura specifici è di fondamentale importanza (Inchausti et al., 2018; Turner et al., 2018). Gli studi documentano inoltre come la recovery inerente al funzionamento sia molto più complessa rispetto alla recovery sintomatologica. È fondamentale, proporre interventi rivolti al funzionamento fin dal primo episodio di psicosi, in particolare quelli inerenti alla riabilitazione cognitiva che risultano associati ad esiti più favorevoli in termini di ripresa del funzionamento psicosociale (Inchausti et al., 2018). In questa fase, gli interventi psicosociali descritti in precedenza, che hanno dimostrato di essere efficaci nella fase acuta, rappresentano il fulcro del programma terapeutico anche nelle fasi di stabilizzazione clinica (Santesteban-Echarri et al., 2017).

Si raccomanda pertanto

**Raccomandazione 54 di livello A** - Integrare interventi di Social Skills training a interventi volti a implementare e mantenere abilità metacognitive e di cognizione sociale.

**Raccomandazione 55 di livello A** - Aiutare il paziente a stabilire obiettivi di realizzazione e di crescita personale realistici e compatibili con una strategia di prevenzione dello stress, evitando un aumento del rischio di recidiva. Pur mantenendo l'obiettivo di favorire una recovery più ampia possibile, si cercherà di evitare la pressione a raggiungere livelli di funzionamento professionale e/o sociale che possano rappresentare fonti di stress eccessivo.

Un trattamento ottimale e continuato è indicato in questo periodo critico, in cui la vulnerabilità rispetto a possibili ricadute raggiunge il suo picco e nel quale fattori personali, sociali e biologici possono influenzare il futuro equilibrio tra disturbo e benessere. I trattamenti psicologici e psicosociali dovrebbero essere gli elementi centrali di questo periodo critico e dovrebbero essere utilizzati per migliorare i sintomi positivi e negativi residui o i sintomi secondari persistenti, per favorire una recovery più ampia possibile.

### 8.3.2. Obiettivi per la promozione della recovery nella fase post-acuta

In questa fase, gli obiettivi prioritari saranno la ricerca e il mantenimento del benessere personale e sociale, la ricerca di un significato dell'esperienza psicotica e la capacità di sviluppare e accrescere il "controllo" della propria situazione nel contesto abituale di vita (Starace et al., 2011).

#### Gli obiettivi del trattamento in questa fase sono:

##### quando vi sia un recupero funzionale ottimale dal disturbo:

1. raggiungere obiettivi di studio o di lavoro realistici e gratificanti
2. sviluppare una buona inclusione sociale con relazioni sociali, affettive e sessuali adeguate e soddisfacenti
3. riuscire a raggiungere autonomamente, o con il supporto dei servizi, una vita indipendente
4. promuovere la creazione di valori e identità personali significativi

##### Quando non vi sia un recupero funzionale ottimale:

1. ridurre per quanto possibile lo stress sperimentato dal paziente, migliorando le sue capacità di gestirlo
2. diminuire la probabilità di ricaduta, migliorando la gestione dei sintomi e dei segni precoci di crisi
3. ridurre la sintomatologia residuale ancora presente e consolidare la remissione
4. favorire il migliore processo di recupero funzionale possibile, sia a livello personale che sociale
5. insegnare strategie di coping per ridurre il ritiro sociale mediante interventi basati su strategie individuali e/o di gruppo; aiutare a ricostruire l'autostima; migliorare le competenze sociali
6. limitare la sofferenza e le conseguenze negative dei sintomi psicotici
7. fornire sostegno alle famiglie
8. rimuovere i fattori che possono ostacolare un'adeguata collaborazione al trattamento, come le procedure assistenziali che provochino il rifiuto a collaborare, gli effetti collaterali dei farmaci, lo stigma sociale o internalizzato
9. offrire un trattamento per i problemi potenzialmente associati alla psicosi, come depressione, aggressività auto- o etero lesiva, abuso di sostanze, deterioramento cognitivo, disturbi d'ansia
10. sottolineare la necessità di astinenza da sostanze di abuso e dall'alcool, e l'utilità di uno stile di vita salutare
11. ottenere e mantenere l'impegno del paziente e della sua famiglia nel processo di cura
12. fornire un sostegno costante per l'aderenza al trattamento.

Questa fase si è dimostrata cruciale per evitare la perdita del funzionamento globale e la cronicizzazione del disturbo. Tuttavia, i servizi offrono spesso un trattamento meno intenso nei periodi tra le fasi acute. Ciò non soddisfa le esigenze dei pazienti che sono nel periodo critico per tentare di recuperare il migliore funzionamento possibile.

#### Il Gruppo Regionale pertanto raccomanda

***Raccomandazione 56 a cura del GLR - Durante questa fase gli obiettivi terapeutici individuati saranno perseguiti con il costante sostegno dell'équipe multiprofessionale dedicata al caso.***



### 8.3.3. Intervento farmacologico

Le indicazioni per la scelta del farmaco, il follow-up e il monitoraggio degli effetti collaterali, saranno le stesse descritte nella fase acuta (Correll et al., 2018; Drake et al., 2020; Galling et al., 2017; Gong et al., 2017; Huhn, et al., 2019; Kane et al., 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Robinson, et al., 2018; Schoretsanitis et al., 2022; Stahl, 2014; K. H. Taylor & Z. M. Huque, 2021; Zhang et al., 2021).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 57 di livello A** - Particolare attenzione deve essere posta al monitoraggio degli effetti collaterali (metabolici, extrapiramidali, cardiovascolari, ormonali) e al mantenimento di una compliance ottimale al trattamento. L'eventuale comparsa di effetti collaterali, ricadute, resistenza, scarsa compliance dovrà guidare il terapeuta nel proporre al paziente modifiche del dosaggio o il passaggio ad altro farmaco antipsicotico.

### 8.3.4. Incontri individuali con il paziente, con utilizzo di tecniche a indirizzo cognitivo comportamentale

L'applicazione di approcci psicoterapeutici ad orientamento CBT è raccomandata per il trattamento di sintomi positivi e negativi, questi ultimi spesso resistenti agli antipsicotici (Jones et al., 2004; Ministry of Health and Consumer Affairs Practice, 2009; Nice 2013; Ministry of Health and Consumer Affairs Practice, 2019; National Collaborating Centre for Mental Health, 2013a) ed anche per affrontare le difficoltà relative alla consapevolezza di malattia o alla compliance ai trattamenti (American Psychiatric Association, 2021; González-Ortega et al., 2021).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 58 di livello A** - Nelle persone che non rispondono in modo ottimale al trattamento farmacologico potranno essere efficacemente applicati gli approcci psicoterapeutici ad orientamento cognitivo-comportamentale.

### 8.3.5. Interventi di psico-educazione

L'utilizzo degli interventi di psicoeducazione e degli interventi familiari nel trattamento della psicosi all'esordio si associa ad una serie di potenziali benefici: miglioramento della funzione globale e dell'aderenza al trattamento, riduzione dei tassi di ricaduta e maggiore soddisfazione nei confronti dei servizi di salute mentale (American Psychiatric Association, 2021; Camacho-Gomez & Castellvi, 2020).

L'esperienza clinica suggerisce che la maggior parte dei pazienti è interessata a ricevere informazioni sulla propria diagnosi e sui potenziali trattamenti come parte della propria cura per proseguire il programma concordato durante la fase di valutazione e di pianificazione del percorso terapeutico (Galletly et al., 2016; Norman et al., 2017).

### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 59 di livello A** - *Applicare interventi di psicoeducazione per favorire la gestione delle terapie farmacologiche ed il riconoscimento dei sintomi (identificazione dei primi segni di una ricaduta e la loro prevenzione) al fine di ridurre il rischio di recidiva, anche attraverso il miglioramento dell'aderenza alla terapia e la soddisfazione del paziente per il trattamento.*

Gli interventi familiari suggeriti dalle Linee guida (American Psychiatric Association, 2021) vanno oltre la psicoeducazione e includono approcci strutturati alla risoluzione dei problemi, una formazione su come affrontare i sintomi della malattia, l'assistenza per migliorare la comunicazione familiare, il supporto emotivo, le strategie per ridurre lo stress e migliorare le reti di supporto sociale (McDonagh et al., 2017; McFarlane, 2016; Mueser et al., 2013). Per ovviare alle difficoltà di partecipazione dovute alla distanza fisica dal luogo di cura, gli interventi psicoeducazionali potranno essere attivati anche attraverso gli strumenti di telemedicina (Sin et al., 2017). Per maggiori dettagli si rinvia alla Sezione 11.

### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 60 di Livello A** - *Le attività da condurre con i familiari non riguardano solo la comunicazione di informazioni, ma anche l'acquisizione di abilità nella gestione dello stress, l'applicazione del problem-solving rispetto ai problemi relazionali e della vita quotidiana, e il sostegno nel perseguire obiettivi di crescita personale di tutti i componenti della famiglia.*

**Raccomandazione 61 di Livello A** - *L'uso di interventi familiari può ridurre la probabilità di ricaduta e i sintomi di malattia, ed è raccomandato per ridurre il carico assistenziale alle famiglie, in particolare in presenza di pazienti con disabilità da moderate a gravi e in quelli con evoluzione a lungo termine della malattia.*

I benefici degli interventi familiari si evidenziano nella riduzione dei sintomi principali e delle ricadute, inclusa la riospedalizzazione (Oksuz et al., 2017). Alcuni studi hanno mostrato anche benefici per i membri della famiglia, come la riduzione dei livelli di carico e di disagio personale, ed il miglioramento delle relazioni tra i membri della famiglia (McFarlane, 2016; Sin et al., 2017). Le evidenze suggeriscono che i benefici degli interventi familiari sono maggiori quando vengono erogate più di 10 sessioni di trattamento in un periodo di almeno 7 mesi (McDonagh et al., 2017), specie se basati sulla gestione e sulla riduzione dell'emotività espressa (Camacho-Gomez & Castellvi, 2020; Napa et al., 2017; Oksuz et al., 2017). La selezione dell'approccio specifico dovrebbe sempre considerare le preferenze del paziente e della famiglia in collaborazione con il clinico (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013).



**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 62 di Livello A** - Effettuare interventi familiari basati sulla gestione e sulla riduzione delle emozioni espresse attraverso il miglioramento delle abilità di comunicazione e di ascolto reciproco, perché questi riducono la probabilità di ricadute e migliorano la prognosi della malattia.

**Raccomandazione 63 di Livello C** - Gli interventi con i familiari possono includere o meno il paziente e possono essere condotti con un'unica famiglia o in gruppo multifamiliare.

**8.3.6. Attività finalizzate alla recovery e inclusione sociale del paziente**

La recovery è un concetto più complesso della semplice remissione sintomatologica e comprende molteplici aspetti della vita del paziente, compreso il funzionamento personale e sociale (Catalan, Richter, et al., 2021; Liberman & Kopelowicz, 2005; Spellmann et al., 2017; Vita & Barlati, 2018). La letteratura evidenzia che più della metà dei pazienti (54%) raggiunge la remissione 4 anni dopo il primo episodio, mentre circa un terzo (32%) dopo 5.5 anni (Catalan, Richter, et al., 2021).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 64 di Livello A** - Proseguire con il programma concordato durante gli incontri di valutazione e pianificazione del percorso terapeutico. Il trattamento extra-ospedaliero sarà finalizzato a mantenere attività inerenti al funzionamento sociale e a trasmettere al paziente e alla sua famiglia sentimenti di speranza e di miglioramento continuo.

Durante i primi due anni, per una fase di ripresa dalla fase acuta, è importante il raggiungimento di obiettivi realistici e gratificanti legati allo studio o alla ricerca di un lavoro retribuito.

Altri studi documentano che i curanti talvolta siano reticenti a proporre percorsi lavorativi ai giovani con psicosi perché preoccupati dai possibili fattori di stress connessi alla ripresa del proprio percorso scolastico e professionale. Tuttavia, i dati di letteratura suggeriscono che l'avvio di un percorso lavorativo o scolastico non è associato ad un peggioramento delle condizioni cliniche (Burns et al., 2009; Heslin et al., 2011; Hoffmann & Richter, 2020; Killackey et al., 2019; Killackey et al., 2008; Zhang et al., 2017).

In tal senso, il modello Individual Placement and Support (I.P.S.) ha mostrato essere un approccio efficace. L'I.P.S. utilizza strategie per l'inserimento lavorativo centrate prevalentemente sul sostegno delle abilità individuali e sulla motivazione personale (empowerment, ricerca autonoma, orientamento, etc.); la persona quindi raggiunge maggiore consapevolezza e responsabilizzazione rispetto al proprio progetto lavorativo e questo la rende capace di rimanere all'interno del mercato del lavoro (Fioritti et al., 2014; NICE 2013; 2020; Yauger & Levinson, 1992; Yauger et al., 1988; Pelizza et al., 2020).

### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 65 di Livello C** - È auspicabile costruire percorsi di recovery che tengano conto che i giovani con psicosi possano ottenere e mantenere impegni professionali compatibili con le proprie inclinazioni e vocazioni.

#### 8.3.7. Monitoraggio e promozione della salute fisica

I giovani con psicosi hanno tassi più elevati di obesità, malattie cardiovascolari e morte prematura rispetto ai coetanei non psicotici nella popolazione generale a causa di cambiamenti nella regolazione metabolica legati all'assunzione di farmaci antipsicotici, alimentazione non corretta, vita sedentaria, stili di vita non salutari, e comportamenti avversi e a rischio per la salute (es. abitudine tabagica) (Smith et al., 2020; Stubbs et al., 2016).

### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 66 di Livello A** - Proseguire con il monitoraggio della salute fisica secondo le indicazioni e le cadenze previste, al fine di garantire l'applicazione di strategie per la promozione della salute fisica.

### Inoltre il Gruppo Regionale raccomanda

**Raccomandazione 67 a cura del GLR** - Il referente del percorso si avvale della collaborazione del SerDP per la gestione dei problemi correlati a fumo, alcool e/o altre sostanze d'abuso.

**Raccomandazione 68 a cura del GLR** - Saranno effettuati interventi di psicoeducazione per seguire regimi dietetici specifici, svolgere attività fisica regolare e/o suggerimenti per interventi farmacologici specifici o altri interventi terapeutici necessari. Il coinvolgimento di altri professionisti (es.: MMG) sarà deciso durante gli incontri di pianificazione e di implementazione del percorso di cura. Gli obiettivi di promozione della salute fisica sono trascritti nella cartella CURE.

#### 8.4. Fase 4 - Trattamento degli esordi psicotici: fase clinicamente stabilizzata

##### 8.4.1. Caratteristiche della fase clinicamente stabilizzata

La fase successiva ai primi due anni, fino al quinto anno successivo all'esordio psicotico, sebbene meno critica in relazione agli esiti funzionali correlati alla psicosi, rimane una fase di alta vulnerabilità. Durante questa fase, i pazienti potrebbero non avere alcun sintomo o presentare sintomi come tensione, irritabilità, depressione, sintomi negativi persistenti e deterioramento cognitivo. Alcuni pazienti possono ancora presentare sintomi positivi (allucinazioni, deliri o comportamento disorganizzato), ma con intensità e frequenza minore rispetto alla fase acuta (Leuci et al., 2020).

#### 8.4.2. Obiettivi

Gli obiettivi terapeutici in questa fase sono:

1. mantenere la remissione dei sintomi e/o gestire quelli residui, sia primari che secondari
2. mantenere o migliorare la funzionalità e la qualità della vita.
3. trattare efficacemente l'eventuale aggravamento sintomatologico e/o le ricadute.
4. effettuare un continuo follow-up degli effetti collaterali del trattamento ed intervenire se necessario.

#### Il Gruppo Regionale raccomanda

**Raccomandazione 69 a cura del GLR** - La scelta degli obiettivi verrà discussa caso per caso durante gli incontri periodici, i quali avranno il compito di verificare l'efficacia del programma di cura personalizzato (attraverso la prestazione "Verifica del progetto" di CURE) e di apportare le eventuali modifiche necessarie per accrescere la probabilità di raggiungere i risultati attesi.

**Raccomandazione 70 a cura del GLR** - È utile mantenere i contatti con persone che sono vicine al paziente, al fine di avere tempestive segnalazioni di un eventuale peggioramento della sintomatologia, di eventi stressanti e/o di altri fattori che possono interferire con il programma terapeutico in corso.

**Raccomandazione 71 a cura del GLR** - Al fine di favorire il processo di recovery, la valutazione categoriale, multi-dimensionale e funzionale, specie dei soggetti ad alto rischio di evoluzione psicotica, dovrebbe avvenire all'interno di un contesto che sia il meno stigmatizzante possibile.

#### 8.4.3. Intervento farmacologico

Le indicazioni nella scelta del farmaco saranno le stesse descritte nella fase acuta e nei primi due anni (Paragrafi 8.2.3 e 8.3.3).

Circa la durata del trattamento, sulla scorta di quanto riportato da vari autori (Barnes & Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology, 2011; Ceraso et al., 2020; Emsley et al., 2016; Liu & Takeuchi, 2020) si raccomanda:

**Raccomandazione 72 di Livello C** - Il trattamento farmacologico nella fase di stabilizzazione dovrebbe essere mantenuto per almeno due anni. L'eventuale riduzione dovrebbe avvenire gradualmente e solo se presente una remissione completa dei sintomi, con un attento monitoraggio delle condizioni psicopatologiche e dei fattori di rischio. I rischi correlati alla riduzione della terapia farmacologica dovrebbero essere sempre condivisi con il paziente e con la famiglia.

**Inoltre Il Gruppo Regionale raccomanda**

**Raccomandazione 73 a cura del GLR** - Particolare attenzione dovrà essere dedicata al monitoraggio degli effetti collaterali (metabolici, extrapiramidali, cardiovascolari, ormonali) e al mantenimento di una compliance ottimale al trattamento.

**Raccomandazione 74 a cura del GLR** - L'eventuale comparsa di effetti collaterali dovrà guidare il terapeuta nel proporre al paziente modifiche nel dosaggio o il passaggio ad altro farmaco antipsicotico.

**Raccomandazione 75 a cura del GLR** - Stabilire un piano di trattamento a lungo termine per ridurre gli effetti collaterali e il rischio di recidiva; nei pazienti con una storia di scarsa compliance, si dovrebbe prendere in considerazione l'utilizzo di farmaci long-acting, tenendo conto che l'improvvisa riduzione dell'assunzione di farmaci antipsicotici può causare molto rapidamente un aggravamento della sintomatologia.

**Raccomandazione 76 a cura del GLR** - La dose di terapia di mantenimento deve essere stabilita sapendo che alte dosi possono produrre effetti collaterali extrapiramidali (acinesia o acatisia) e/o possono ostacolare l'integrazione all'interno della comunità e ridurre la compliance al trattamento.

**Raccomandazione 77 a cura del GLR** - Qualora si rilevino riduzione dei movimenti spontanei occorre saper distinguere una forma di acinesia grave dai sintomi negativi.

**Raccomandazione 78 a cura del GLR** - La più bassa dose efficace di antipsicotici è associata ad aumento della compliance, a un miglioramento dello stato soggettivo, e a un migliore adattamento nella comunità. In questa fase, in considerazione degli alti rischi di recidiva e di riacutizzazione dei sintomi psicotici, l'attenzione del terapeuta sarà dedicata ad individuare la finestra terapeutica ottimale.

Sulla scorta di quanto riportato da alcuni autori (Kelly et al., 2022; Kirli & Alptekin, 2021; Ostuzzi et al., 2022) si raccomanda:

**Raccomandazione 79 di Livello C** - In generale, qualsiasi variazione dei farmaci dovrebbe essere fatta gradualmente e monitorando attentamente sintomi e segni clinici.

**Raccomandazione 80 di Livello C** - *Almeno una volta all'anno effettuare un esame fisico completo, rilevazione del peso, pressione arteriosa, circonferenza addominale, profilo lipidico, ECG e glicemia a digiuno, in collaborazione con il medico di medicina generale. Il Referente del percorso avrà cura di verificare con il MMG se il paziente abbia effettuato gli screening previsti per la sua fascia d'età.*

Inoltre il gruppo di Lavoro Regionale raccomanda

**Raccomandazione 81 a cura del GLR** - *Gli interventi psicosociali in fase di stabilizzazione rimangono efficaci e devono essere associati al trattamento farmacologico anche se in forma meno strutturata rispetto alla fase precedente. Ad esempio, attuare i programmi che aiutano il paziente a migliorare le competenze di base della vita quotidiana, che facilitano l'inserimento lavorativo, la gestione gratificante del tempo libero e l'inclusione sociale.*

## 9. POPOLAZIONI SPECIFICHE

### 9.1. Doppia Diagnosi

I disturbi da uso di sostanze sono un importante fattore di morbilità quando si presentano in concomitanza alla psicosi. La Doppia Diagnosi (DD) si riferisce a situazioni di comorbidità o co-occorrenza nello stesso individuo di un disturbo da uso di sostanze psicoattive ed un altro disturbo psichiatrico (World Health Organization, 1994). Si stima che, a seconda delle popolazioni, dal 25% al 75% delle persone affette da disturbi psichiatrici gravi abusino di sostanze o abbiano una dipendenza (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016; Martinotti et. al., 2017; PEC- Psicosi esordio e Comorbidità, Regione Veneto 2019).

La prevalenza life-time in alcuni studi arriva al 60%. I disturbi mentali connessi all'uso di sostanze sono associati a più frequenti e prolungati ricoveri e/o ad altri eventi negativi, come l'essere senza dimora, i comportamenti violenti, il carcere, il suicidio e l'infezione da HIV.

#### 9.1.1. Uso di cannabis ed esordio psicotico

Le attuali conoscenze sull'effetto della cannabis ovvero dei suoi principi attivi (THC e CBD) e delle varie formulazioni sul sistema nervoso centrale e sul ruolo nell'insorgenza di disturbi psicotici dovrebbe portare a campagne di prevenzione accurate e mirate soprattutto alla fascia di età adolescenziale. Nei soggetti all'esordio psicotico o ad alto rischio, una corretta psicoeducazione rispetto all'uso di cannabis è di fondamentale importanza per prevenire/limitare l'insorgenza di una sintomatologia franca e migliorare gli esiti a lungo termine nel disturbo (Murray et al, 2016).

#### 9.1.2. Inquadramento clinico-strumentale

Per la diagnosi di esordio psicotico in comorbidità con uso di sostanze è consigliabile inoltre associare fin dall'inizio della presa in carico una serie di indagini clinico-strumentali, in particolare:

- ECG con QTc;
- Pressione Arteriosa;
- Peso, altezza, circonferenza addominale con l'IMC (Indice di Massa Corporea): PC (Peso Corporeo) / h<sup>2</sup> (altezza al quadrato, in metri);
- Esami ematochimici standard quali emocromo con formula, glicemia, ionemia, lipidemia, assetto ormonale, funzionalità epatica e renale;
- Esami tossicologici di I° livello: comprendono gli screening tossicologici di routine (in base alla disponibilità dei laboratori, esami delle urine: oppiacei, metadone, buprenorfina, cannabinoidi, cocaina, anfetamine, MDMA (Exstasy) e metamfetamine, ketamina, etilgucuronide; l'alcol è ematico o su aria espirata; eventualmente esame delle matrici cheratiniche (esame del capello));
- Esami tossicologici di II livello: la ricerca su varie matrici biologiche (plasma, urine, matrici cheratiniche) di sostanze, come le NPS (Nuove Sostanze Psicoattive) non identificabili con gli esami tossicologici disponibili di routine nei laboratori ospedalieri. Per queste analisi è necessario rivolgersi a laboratori specializzati. Ad esempio, il CAV di Pavia è il riferimento per il nord Italia dello SNAP (Sistema Nazionale di Allerta Precoce) quando ci sia sospetto anamnestico, quadri obiettivi atipici con alterazioni dello stato di coscienza, particolare agitazione o aggressività o viceversa di depressione del SNC, sintomi disautonomici, concomitanti sintomi neurologici o di disfunzione d'organo;
- Risonanza Magnetica Cerebrale se esiste sospetto di danno cerebrale, primario o indotto dalle sostanze.

#### Pertanto si raccomanda

***Raccomandazione 82 di Livello C - Gli obiettivi di trattamento nei pazienti con questa patologia associata sono gli stessi della psicosi senza comorbidità, aggiungendo come obiettivi di cura quelli connessi all'uso di sostanze, alla riduzione del danno, all'astinenza, alla prevenzione delle ricadute e all'eventuale inserimento in comunità con competenze specifiche per le "Doppie diagnosi".***

Gli effetti del consumo di sostanze sono diversi, il che rende difficile differenziare i sintomi da uso di sostanze dai sintomi primariamente psicotici. In particolare, la diffusione tra la popolazione giovanile dell'uso di nuove sostanze psicoattive (NPS) tanze richiede particolare attenzione ed accuratezza diagnostica da parte dei Servizi (Orsolini et al., 2019) e un approccio terapeutico che integri gli interventi per la psicosi con i programmi terapeutici per l'abuso di sostanze.

Alcuni studi evidenziano l'importanza di favorire gli interventi psicosociali più appropriati, quali l'intervista motivazionale e la prevenzione delle ricadute (Crockford & Addington, 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2016), e gli interventi coordinati per il disturbo mentale e per quello da uso di sostanze, proponendo un trattamento integrato e non parallelo o sequenziale. Laddove i pazienti abbiano figli minori, occorrerebbe perseguire un adeguato sostegno alle funzioni genitoriali (Crockford & Addington, 2017); [www.figliinpenombra.it](http://www.figliinpenombra.it)



### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 83 di Livello A** - Tutte le fasi del percorso “Esordi Psicotici” sono applicabili anche alle persone che hanno in comorbilità un abuso di sostanze, cui dovrebbero essere offerti interventi terapeutici previsti dai protocolli di cura dei SerDP in funzione del tipo di abusodipendenza e della gravità.

### Inoltre il Gruppo Regionale raccomanda

**Raccomandazione 84 a cura del GLR** - La responsabilità del caso e la definizione del percorso di cura deve prevedere il coinvolgimento dei professionisti del SerDP con modalità d’integrazione organizzativa in funzione delle caratteristiche specifiche di ciascun DSMDP.

Il lavoro coi pazienti in DD risulta particolarmente impegnativo. I professionisti dovrebbero essere messi in condizione di avere sostegno, supervisione ed adeguata condivisione tramite regolari incontri con l’équipe multiprofessionale dedicata (Clerici et al., 2018; Crockford & Addington, 2017). La presenza di disturbi connessi all’uso di sostanze spesso sfugge ed è sottovalutata in un paziente all’esordio psicotico, soprattutto se il paziente viene esaminato durante una crisi psicotica acuta. Va considerato che, anche se raramente, farmaci antipsicotici possono scatenare crisi convulsive durante le fasi di astinenza da alcool o da benzodiazepine. Le informazioni spontanee fornite dal paziente in crisi sono spesso incomplete, rendendo quindi necessario intervistare altre fonti, come i familiari e/o altri professionisti che sono stati coinvolti nella gestione del paziente. La ritenzione in trattamento rimane uno dei principali obiettivi da perseguire (Crockford & Addington, 2017).

### Pertanto si raccomanda

**Raccomandazione 85 di Livello A** - Nei pazienti con DD lo psichiatra dovrebbe tener conto, quando ritiene di prescrivere farmaci antipsicotici, della possibilità che la soglia convulsiva possa diminuire, nonché della possibilità che i pazienti possano abusare di farmaci (es: benzodiazepine e di farmaci anti-Parkinson).

### Inoltre il Gruppo Regionale raccomanda

**Raccomandazione 86 a cura del GLR** - Nei pazienti con DD, i farmaci antipsicotici possono essere utilizzati a dosi standard, ma i pazienti devono essere informati che l’uso combinato di farmaci antipsicotici e di altre sostanze o alcool può aumentare la sedazione e ridurre il coordinamento motorio.

**Raccomandazione 87 a cura del GLR** - Perseguire adeguati percorsi di screening tossicologico, anche ripetuti, per evidenziare l’abuso di sostanze, ma sempre inseriti all’interno del progetto terapeutico condiviso col paziente.

## 9.2. Disturbi gravi di personalità

Si stima che fino al 25% delle persone alla prima manifestazione psicotica abbiano in comorbidità un grave disturbo di personalità (DGP) (Francey et al., 2018). Tale percentuale raggiungerebbe il 30-40% delle persone affette da psicosi e/o stato mentale a rischio (Boldrini et al., 2019). Parimenti, fino al 38% dei pazienti con disturbo di personalità borderline, presenterebbe, in comorbidità, una diagnosi di disturbo psicotico (Slotema et al., 2018). Tale comorbidità è associata ad una maggiore gravità della presentazione clinica: sono, infatti, più frequenti e prolungati i ricoveri e/o gli altri esiti negativi, come la scarsa compliance, gli agiti auto-eterolesivi, l'uso di sostanze, e l'infezione da HIV, mentre è minore il funzionamento globale (Thompson et al., 2019).

L'adolescenza e la giovane età adulta sono il periodo in cui solitamente si manifestano per la prima volta sia i sintomi psicotici sia le caratteristiche cliniche dei disturbi gravi di personalità. In questa fase iniziale, può essere difficile distinguere se i sintomi psicotici siano intrinseci al disturbo di personalità o se essi indicano un aumento del rischio di sviluppo di un disturbo dello spettro schizofrenico.

Un programma di trattamento integrato rappresenta un'opzione di trattamento sicura ed accettabile per le persone con psicosi e disturbo grave di personalità (Gleeson et al., 2012; Cavelti et al., 2021).

Sia nelle recenti linee d'indirizzo della Regione Emilia-Romagna per il Disturbo Grave di Personalità (GDP) (Regione Emilia-Romagna, 2013), che in quelli più recenti (Regione Emilia-Romagna, 2024), viene fatto esplicito riferimento al principio di scelta ed autonomia, declinato come un lavoro in collaborazione con la persona con disturbo di personalità finalizzato a promuoverne l'autonomia e la possibilità di scelta attraverso il richiamo all'assunzione di un ruolo attivo da parte di quest'ultima nel ricercare una soluzione ai propri problemi, inclusa la gestione delle crisi, e l'incoraggiamento a considerare le differenti opzioni di trattamento e le scelte di vita disponibili unitamente alle loro possibili conseguenze. La recente rielaborazione delle Linee d'Indirizzo sui GDP (Regione Emilia-Romagna, 2024) è stata rivolta in maniera univoca al Disturbo di Personalità Borderline (DBP) considerato nella sua accezione dimensionale, come un'ampia area di disturbi che riguardano l'immagine di sé, la regolazione emotiva, il comportamento impulsivo, l'elevato rischio suicidario associati ad un elevato grado di disfunzione delle relazioni interpersonali e del funzionamento sociale. Nelle persone alla prima manifestazione psicotica che presentano in comorbidità un DBP è utile fare riferimento alle linee d'indirizzo per il trattamento del DBP della Regione Emilia-Romagna (2024) e alle quali si rimanda per un ulteriore approfondimento.

### Pertanto si raccomanda

***Raccomandazione 88 di Livello A - Gli obiettivi di trattamento nei pazienti con questa comorbidità associata sono gli stessi della psicosi senza comorbidità.***

In particolare, fondamentale è la necessità di adottare il "Contratto Terapeutico" che deve essere formale, redatto in forma scritta e inserito nella cartella informatizzata regionale CURE e nel quale, fra i diversi punti, sono compresi:

- a) la descrizione degli obiettivi di cura (di lungo e medio termine) ed i relativi tempi di verifica che vanno individuati in collaborazione con il paziente e la famiglia
- b) le competenze attivate dall'équipe multiprofessionale dedicata (Thompson et al., 2019)
- c) le competenze richieste al paziente (ed alla sua famiglia)
- d) le condizioni specifiche che possono orientare verso un passaggio di setting (inteso sia come modalità operativa che come servizio)
- e) i comportamenti non negoziabili
- f) il piano di gestione delle crisi.



*Nelle linee d'indirizzo, inoltre, sono affrontati i seguenti temi: la configurazione generale dei servizi più funzionale ai bisogni di flessibilità e di continuità del trattamento del DBP, l'integrazione funzionale tra i Servizi di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e i Servizi di Psichiatria dell'Adulto (comprese le Dipendenze Patologiche), gli interventi più efficaci per gestire le crisi psicopatologiche e comportamentali acute in corso di trattamento del DBP, gli strumenti diagnostici disponibili per assicurare la specificità e l'attendibilità delle diagnosi di DBP, le terapie farmacologiche efficaci nel trattamento dei DBP, gli interventi di carattere psicoterapeutico di documentata efficacia, le azioni e gli interventi che possono favorire lo sviluppo delle attitudini terapeutiche delle équipe multiprofessionali coinvolte nei confronti dei DBP. Tutti questi aspetti sono approfonditi nel documento originale al quale si rimanda (Regione Emilia-Romagna, 2024).*

### 9.3. Migranti

Come riporta il rapporto "l'immigrazione straniera in Emilia-Romagna» (Osservatorio Regionale sul Fenomeno Migratorio, 2021), a partire dalla metà degli anni Settanta l'Italia ha vissuto un lungo ciclo migratorio espansivo, con una fase di accelerazione negli anni Novanta e una vera e propria impennata negli anni Duemila (Tarricone et al., 2011; Tarricone et al., 2016; Tarricone et al., 2022). Dal 2008, anno di esordio della lunga crisi economica, questa crescita si è interrotta, per toccare il suo punto più basso nel 2020, in coincidenza della crisi pandemica. L'Emilia-Romagna ha condiviso questa dinamica con il resto del paese ma rimane la regione italiana con la più elevata prevalenza di stranieri residenti: i migranti rappresentano il 12,7% della popolazione residente e circa il 40% della popolazione residente con meno di 40 anni (Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità, 2022).

Il dato demografico e l'evidenza che i migranti di prima generazione e generazioni successive sono esposti a un rischio maggiore di sviluppare psicosi rispetto alla popolazione generale (Bourque et al., 2011b; Jongsma et al., 2018; Tarricone et al., 2022), richiamano l'importanza che a questa popolazione sia dedicata particolare attenzione nei programmi di prevenzione e cura delle psicosi. Per lo sviluppo di tali programmi, grande interesse rivestono le evidenze oggi disponibili che mostrano come il cosiddetto eccesso di psicosi nei migranti sia largamente correlato a fattori avversi, ambientali e culturali, individuali e di area (quali lo svantaggio sociale, il razzismo, la scarsa rete sociale, il vivere in aree urbane degradate) potenzialmente modificabili tramite interventi socio-sanitari (Morgan et al., 2010; Morgan et al., 2019; Tarricone et al., 2022). Inoltre, le barriere linguistiche e la diversità culturale sono tra le cause più rilevanti di difficoltà del percorso di cura, errori diagnostici, ritardo e scarsa efficacia delle cure nei migranti (Bhugra et al., 2014; Montemitro et al., 2021).

#### Pertanto si raccomanda

***Raccomandazione 89 di Livello A - Attivare programmi di prevenzione indicata e cura delle psicosi per intervenire sui fattori avversi, potenzialmente modificabili tramite interventi sociosanitari, che tengano conto delle barriere linguistiche e delle diversità culturali.***

Accanto alle linee generali per il trattamento delle psicosi all'esordio sopra descritte, le evidenze scientifiche raccomandano di porre specifica attenzione ai disturbi che possono assumere anche fenomenologia psicotica (Disturbo post-traumatico da stress - PTSD complesso) da trattare con modalità specifiche (World Health Organization, 2018), di assicurare la mediazione linguistica e culturale (Schouler-Ocak et al., 2015), la presa in carico socio-sanitaria (Tarricone et al., 2011) e l'implementazione di gruppi di auto-mutuo aiuto, secondo la tecnica self help plus per la gestione dello stress e prevenzione della psicosi (Purgato et al., 2021; World Health Organization, 2021).

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 90 di Livello A**

- Prestare attenzione alla **narrazione della storia migratoria e personale**, raccogliendo informazioni relative a difficoltà dell'adattamento prima, durante e dopo la migrazione e alla esposizione al **trauma**, in considerazione della più elevata frequenza di PTSD nella popolazione migrante; si possono utilizzare a tale scopo interviste quali la "Bologna Migration history and social integration interview», già implementata nel progetto europeo EU-Gei e disponibile in italiano (Tarricone et al., 2022). La consultazione dei documenti citati è disponibile sul sito <https://centri.unibo.it/bo-tptlit/innovazione/servizi-per-enti-e-imprese>
- Assicurare adeguata **mediazione linguistica e culturale** in tutte le fasi della cura, da quella di valutazione a quella di implementazione degli interventi sopra descritti per la popolazione generale;
- Rafforzare la **presa in carico sociale**, mediante il coinvolgimento, accanto al case-manager di area sanitaria, dell'operatore sociale;
- Implementare gruppi di auto-mutuo aiuto per gestire lo stress ed i fattori di rischio

Il problema principale in questa popolazione, particolarmente fragile dal punto di vista sociale, è mettere in atto un'azione di rafforzamento della "**cultural competence**" nei servizi di salute mentale e in specifico nei programmi di trattamento delle psicosi (Schouler-Ocak et al., 2015) che abbia come obiettivi il rendere visibile e accessibile il sistema di cure e rafforzare l'aderenza al programma di cura.

La competenza culturale, sia a livello della relazione medico-paziente, che in quella paziente-servizio, è un processo trasformativo lento. L'introduzione nel setting di cura del mediatore culturale e il coinvolgimento dell'operatore sociale sono due elementi di facilitazione di questo processo. Il mediatore linguistico fornisce al clinico spunti di aggiornamento e di riflessione che, a partire dal singolo caso clinico, vanno a formare nel tempo, caso dopo caso, il patrimonio culturale del servizio.

L'operatore sociale a sua volta favorirà i rapporti con le associazioni cittadine che possono intervenire efficacemente sui bisogni di integrazione sociale del soggetto, facilitando la messa in rete dei servizi e delle risorse cittadine, formali e informali.

**Pertanto si raccomanda**

**Raccomandazione 91 a cura del GLR** - Prevedere nelle equipe di cura nei servizi di salute mentale dedicati ai programmi di trattamento delle psicosi le figure del mediatore culturale e dell'operatore sociale.

Un'attenzione particolare deve essere posta "ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno", ai quali, secondo la legge italiana "...sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali

ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva" (Astorri, 1998, (GU n.298 del 27-12-1947 ). Si rimanda inoltre alla consultazione dei siti: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_297\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf); <https://www.sister-hub.it/salute/come-fare-per/stop-stranieri-temporaneamente-presenti/> <https://guidaservizi.fascicolo-sanitario.it/dettaglio/prestazione/3154666>

### Inoltre il Gruppo Regionale raccomanda

**Raccomandazione 92 a cura del GLR** - Prevedere nei servizi di salute mentale dedicati ai programmi di trattamento delle psicosi progetti a "bassa-soglia", che prevedono un coordinamento sovra-territoriale della presa in carico dei migranti privi di residenza o stabile domicilio, in stretta collaborazione con i servizi sociali del Comune, per facilitarne l'erogazione e la continuità delle cure.

## 10. SPECIFICITÀ DI SESSO E DI GENERE

Il sesso ed il genere influenzano la salute mentale per quanto riguarda i fattori di rischio, la vulnerabilità, l'età di esordio, la manifestazione psicopatologica e la prognosi (World Health Organization, 2002). La psicosi, sia affettiva che non affettiva, ha caratteristiche diverse nei due sessi (Carter et al., 2022; Ferrara et al., 2023; Ochoa et al., 2012; Tomassi et al., 2019).

### 10.1. Età di esordio

Negli uomini la psicosi solitamente si manifesta intorno ai 20 anni, mentre le donne presentano un secondo picco di incidenza in età più adulta (Brand et al., 2022, Ferrara et al., 2023).

### 10.2. Sintomatologia e accesso alle cure

Nelle donne, la psicosi spesso si manifesta con prevalenti sintomi affettivi (depressione, ansia) e più raramente degli uomini tali manifestazioni si accompagnano a disorganizzazione comportamentale, aggressività, o calo del funzionamento complessivo (Carter et al., 2023; Cotton et al., 2009). Questa fenomenologia "atipica" della psicosi porta potenzialmente a gravi conseguenze che possono compromettere la prognosi: la prima è inerente alla sottostima della gravità del quadro clinico da parte dei professionisti, ritardando la diagnosi di psicosi in favore di diagnosi più tipicamente associate al sesso femminile (es: depressione); la seconda è legata alla manifestazione del quadro clinico che solitamente è meno esplosivo e che porta quindi a ricorrere meno frequentemente al ricovero ospedaliero, riducendo paradossalmente la possibilità di essere intercettati dal sistema curante. Tuttavia, le donne si rivolgono più spesso al medico di medicina generale o ai servizi specialistici per problemi di salute mentale; ciò avviene nonostante barriere culturali e sociali che possono ostacolare un accesso sereno ai servizi (Ferrara & Srihari, 2020). Le barriere culturali possono consistere, ad esempio, nel ruolo che la donna riveste all'interno del nucleo familiare: è la donna che all'interno del nucleo familiare più spesso si prende cura dei figli, antepoendo i bisogni di questi ai propri bisogni di salute. Talvolta, quando la donna manifesta apertamente il proprio malessere psichico rischia di essere giudicata come "esagerata" o "melodrammatica" e questo porta non solo ad un ritardo nel ricevere una diagnosi adeguata ma anche ad una sfiducia nel sistema curante da parte della donna stessa (Ferrari et al., 2018).

### 10.3. Psicosi in età fertile

La psicosi, inoltre, si manifesta nel periodo di massima fertilità della donna: questo aspetto clinico è da tenere in considerazione non solo per la prescrizione farmacologica (alcuni farmaci come l'acido valproico non possono essere prescritti in età fertile, altri come la carbamazepina sono controindicati in gravidanza) ma anche per una corretta programmazione di eventuali gravidanze e monitoraggio della salute mentale della donna durante la stessa. Infatti le donne durante l'adolescenza, il puerperio e la menopausa presentano una maggiore vulnerabilità per patologie psichiatriche, come disturbi dell'umore e psicosi, a causa dei drastici cambiamenti ormonali (Seeman, 1997). La psicosi post-partum si manifesta in 1-2 donne su 1000 nascite, in 1 su 7 donne con un precedente episodio di psicosi post-partum, e nel 37% delle donne con disturbo bipolare. Inoltre le donne con disturbo bipolare hanno un rischio aumentato del 50% di andare incontro ad un parto indotto, cesareo pre termine, partorire un neonato piccolo per età gestazionale, con aumentato rischio di ipoglicemia e microcefalia neonatale (a prescindere che la donna in trattamento farmacologico o meno) (Bodén et al., 2012).

### 10.4. Accesso alla prevenzione oncologica

Le donne affette da schizofrenia si sottopongono al PAP test molto meno frequentemente delle donne non affette da disturbo psichiatrico al pari di età, e si sottopongono raramente alla mammografia di screening per K seno (la metà rispetto alla popolazione generale), aumentando di fatto il rischio di morte prematura per patologie prevenibili (Aggarwal et al., 2013; Hwong et al., 2019; Tilbrook et al., 2010).

### 10.5. Prescrizione farmacologica

Le donne, a causa della diversa distribuzione di liquidi e tessuto adiposo, hanno una farmacocinetica e farmacodinamica diversa dagli uomini. Queste differenze possono comportare un aumento della concentrazione plasmatica degli antipsicotici, specialmente prima della menopausa. Inoltre, l'occupazione dei recettori dopaminergici, a parità di dosaggio plasmatico, è superiore (Brand et al., 2022). Spesso, quindi, le donne con psicosi riportano effetti collaterali più frequentemente degli uomini. Infine, alle donne con schizofrenia resistente viene proposta meno frequentemente una terapia long-acting o con clozapina, pur rientrando nei criteri previsti (Wellesley Wesley et al., 2021).

### 10.6. Psicosi e trauma

La violenza, soprattutto quella perpetrata dal partner, e i traumi sessuali (soprattutto quelli che colpiscono l'età infantile) aumentano il rischio di sviluppare sintomi psicotici (Garcia et al., 2016; Vila-Badia et al., 2021). Le donne, più degli uomini, sono vittime di violenza (fisica, sessuale, psicologica) e delle sue conseguenze: depressione, disturbo post-traumatico da stress, disturbi dissociativi, tentativi di suicidio, disturbi somatoformi, disturbi da uso di sostanze, malattie sessualmente trasmesse, gravidanze indesiderate.

Per tale motivo si raccomanda di

### **Raccomandazione 93 a cura del GLR**

- a) *Implementare la formazione sulle differenze di genere in salute mentale.*
- b) *Favorire l'accesso alle cure nelle donne con un elevato carico familiare attraverso una collaborazione con gli enti locali e favorendo interventi di psico-educazione familiare.*
- c) *Migliorare la diagnosi tempestiva della psicosi nella donna, ponendo attenzione alle cosiddette manifestazioni "atipiche".*
- d) *Migliorare il riconoscimento ed il trattamento delle psicosi in comorbidità con gravi disturbi post-traumatici.*
- e) *Monitorare la salute mentale delle donne con storia familiare o personale positiva per psicosi durante tutte le fasi della gravidanza e nel puerperio.*
- f) *Supportare le adolescenti e giovani donne nel mettere in pratica comportamenti adeguati di contraccezione e discutere con la paziente di eventuali progetti di gravidanza.*
- g) *Ridurre gli effetti avversi della terapia psicofarmacologica adattando le dosi dell'antipsicotico e tenendo in considerazione le specifiche vulnerabilità legate al sesso e al genere.*
- h) *Tenere conto dei cambiamenti ormonali nel corso delle varie fasi della vita durante la valutazione, il monitoraggio, e nella prescrizione della terapia psicofarmacologica.*
- i) *Migliorare l'accesso alle prestazioni di screening oncologico, informando le donne e coordinandosi coi servizi territoriali.*
- j) *Migliorare il trattamento della schizofrenia resistente offrendo terapie long-acting e clozapina.*

## **11. LE NUOVE TECNOLOGIE A SUPPORTO DEGLI INTERVENTI NEGLI ESORDI PSICOTICI**

### **11.1. Telemedicina negli esordi psicotici**

Esistono conoscenze limitate sulla telemedicina nei servizi specializzati nei primi episodi psicotici di giovani adulti, nonostante la presenza di evidenze preliminari che ne confermano la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia sia per i pazienti che per i loro familiari (Abdel-Baki et al., 2017; Barnett et al., 2018; Ben-Zeev et al., 2017; Biagianti et al., 2018; Gaebel et al., 2016; Kolder, 2021; Lal et al., 2020). Tra le attività attuabili per via telematica si possono individuare:

- visite in follow-up di pazienti noti
- rivalutazione delle terapie psicofarmacologiche in corso
- prescrizione di esami diagnostici
- monitoraggio dello stile di vita, valutazione dell'aderenza al trattamento
- sessioni nel contesto di percorsi informativi e/o di psicoeducazione sia individuale che familiare.

L'analisi della letteratura esistente (Alvarez-Jimenez et al., 2008; Biagianti et al., 2016; Birnbaum et al., 2018; Gaebel et al., 2016; Gibertoni et al., 2022; Ratheesh & Alvarez-Jimenez, 2022) mostra la fattibilità e l'accettazione da parte dei pazienti di interventi basati sul web e sui dispositivi mobili anche se l'eterogeneità nel disegno degli studi, nella valutazione degli esiti e la bassa numerosità dei campioni limitano la possibilità di trarre conclusioni definitive. A fronte di una notevole crescita degli strumenti di Salute Mentale Digitale negli ultimi anni e una buona accettazione di questi strumenti da parte dei pazienti e familiari, esistono al momento conoscenze parziali e limitate e sono necessari ulteriori studi di conferma di appropriatezza ed efficacia. Alcune criticità connesse alla telemedicina evidenziate in letteratura (Consiglio nazionale ordine degli Psicologi, 2017; Donahue et al., 2021; Randall et al., 2023; Stoll et al., 2020) richiedono un attento vaglio delle seguenti condizioni:

- adeguatezza del senso di realtà e competenza del paziente per partecipare a sessioni online
- qualità della connessione e dell'ambiente per assicurare un trattamento rispettoso dei diritti del paziente (privacy e silenzio)
- possibilità di poter costruire una relazione terapeutica efficace equivalente a quella che si può garantire in presenza.

### Il Gruppo Regionale raccomanda

#### **Raccomandazione 94 a cura del GLR**

*Nei servizi che si occupano di psicosi, l'utilizzo della telemedicina e dei dispositivi mobili potrebbe essere utile per i seguenti motivi:*

- a) favorire l'accessibilità dei servizi*
- b) disponibilità di strumenti relativamente convenienti e tecnologicamente semplici*
- c) facilitare l'accesso alle cure specialistiche*
- d) ridurre lo stigma e l'auto-stigma*
- e) facilitare l'adesione al trattamento*
- f) monitorare i sintomi psicotici*
- g) diminuire il ricorso al ricovero grazie al tele-monitoraggio*
- h) fornire un supporto tempestivo e flessibile alle persone in difficoltà e ai loro caregiver*
- i) migliorare la connessione e il supporto sociale*
- j) migliorare lo stress percepito*
- k) ridurre i sintomi depressivi*
- l) migliorare la qualità della vita*



**Raccomandazione 95 a cura del GLR** - Sebbene non possa essere considerata sostitutiva delle interazioni in presenza, la tele-psichiatria, la tele-psicologia e in generale gli interventi di salute mentale digitale possono essere incorporati in un Servizio rivolto a giovani all'esordio psicotico, utilizzando un modello ibrido e flessibile che preveda il passaggio dalla modalità in presenza alla modalità on line per alcuni pazienti e situazioni cliniche definite.

## 11.2. Il Sistema di Telemedicina Regionale della Salute Mentale

Dal 2021, la Regione Emilia-Romagna ha reso disponibile la piattaforma regionale di telemedicina C4C congiuntamente alla Cartella Unica Regionale Elettronica (CURE), in tutti i Servizi del DSMDP (Gibertoni et al., 2022) e di cui si tratterà nel Paragrafo 13 del presente Documento.

## 12. MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'IMPLEMENTAZIONE A LIVELLO LOCALE DI UN PDTA DEDICATO AGLI ESORDI

Le modalità organizzative per implementare il PDTA che vengono di seguito riportate, hanno i seguenti obiettivi:

- i. l'accesso e presa in carico facilitati, tempestivi e appropriati delle persone all'esordio o ad alto rischio
- ii. l'applicazione delle raccomandazioni descritte nel presente documento, compresa una coerente definizione delle figure responsabili delle specifiche procedure
- iii. il governo clinico e organizzativo attraverso il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito; l'adeguata alimentazione della cartella CURE
- iv. la partecipazione dei professionisti alle attività di supervisione, di benchmarking dipartimentali e regionali al fine di garantire il miglioramento continuo del percorso di cura.

A tal fine le modalità organizzative raccomandate sono suddivise in tre sezioni dedicate rispettivamente a:

**12.1.** Aspetti di carattere generale

**12.2.** Aspetti connessi alle attività cliniche da garantire

**12.3.** Aspetti connessi alla gestione delle équipe multiprofessionali dedicate al percorso di cura Esordi

**12.4.** Aspetti legati alla formazione del personale coinvolto nella cura

## 12.1. Aspetti organizzativi di carattere generale

### Il Gruppo di Lavoro Regionale raccomanda per la stesura del PDTA aziendale

**Raccomandazione 97 a cura del GLR** - È indicato che ciascun DSMDP si doti di un PDTA per l'assessment e il trattamento di persone all'esordio psicotico e di persone ad alto rischio di evoluzione verso la psicosi.

**Raccomandazione 96 a cura del GLR** - Ciascun DSMDP, per promuovere l'implementazione e il monitoraggio del PDTA (e delle presenti Linee d'indirizzo regionale per gli "Esordi Psicotici"), , costituisca un gruppo di lavoro dipartimentale con rappresentatività multiprofessionale e di ciascuna unità operativa (costituito preferibilmente da un massimo di 10-12 professionisti, con un coordinatore), che assicuri, attraverso gli opportuni feedback, la condivisione del percorso da parte di tutti i professionisti. Questo gruppo di lavoro dipartimentale pianificherà incontri periodici con cadenza almeno trimestrale nei quali verrà valutato come le Linee d'indirizzo regionali "Esordi psicotici" siano realmente applicate e implementate nei PDTA dipartimentali.

**Raccomandazione 97 a cura del GLR** - Ogni DSMDP definirà il modello organizzativo più appropriato per implementare le Linee d'indirizzo descritte nel presente documento in uno specifico PDTA, che dovrà comunque prevedere:

- a) le modalità accesso e presa in carico delle persone all'esordio o ad alto rischio
- b) le modalità di applicazione delle raccomandazioni descritte nel presente documento
- c) la definizione delle figure responsabili delle specifiche procedure
- d) le procedure di governo clinico e organizzativo, il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito, la registrazione degli interventi sul Sistema Informativo dipartimentale.
- e) le attività di supervisione e di benchmarking
- f) le attività di monitoraggio e verifica dei percorsi dipartimentali previsti nel PDTA. Il monitoraggio periodico degli obiettivi e degli indicatori (ogni 6-12 mesi) comprenderà la somministrazione e la valutazione periodica mediante HoNOS-MHCT (Lora et al., 2001) assieme agli strumenti prescelti. A seguito di questo monitoraggio potranno essere ridefiniti con il paziente e/o i suoi familiari gli obiettivi terapeutici e/o proposte nuove strategie per perseguirli

**Raccomandazione 98 a cura del GLR** - A livello regionale verranno mantenuti gli incontri tra i responsabili dipartimentali del Programma Regionale "Esordi psicotici" con frequenza almeno trimestrale. Durante gli incontri particolare attenzione sarà dedicata alla valutazione tra pari delle diverse esperienze di implementazione del percorso di cura, finalizzando il confronto a favorire una conduzione clinica e organizzativa omogenea, mirata, coerente, su tutto il territorio della Regione.

## 12.2. Aspetti organizzativi connessi alle attività cliniche

### Il Gruppo Regionale raccomanda

**Raccomandazione 99 a cura del GLR** - I DSMDP devono prevedere l'adozione di adeguate modalità organizzative, coerenti con le Raccomandazioni che facilitino l'accesso e l'individuazione di persone ad alto rischio di evoluzione psicotica e prevedere l'adozione di strumenti di screening per individuare i soggetti ad alto rischio.

**Raccomandazione 100 a cura del GLR** - Il percorso di cura, che deve essere garantito da ciascun DSMDP, deve offrire alle persone con esordio psicotico e alle loro famiglie un programma terapeutico specifico "multicomponentiale" comprensivo dei seguenti interventi:

- a) Interventi terapeutici più precoci possibili per ridurre il periodo di malattia non trattata (DUP)
- b) Identificazione di un professionista di riferimento (referente del percorso) garante dell'applicazione del percorso terapeutico integrato in accordo ai principi e raccomandazioni descritte nel presente documento
- c) Interventi farmacologici coerenti con le linee guida più accreditate ed aggiornate
- d) Frequenti contatti tra illi professionali di riferimento e il paziente ed i suoi familiari; la frequenza degli incontri dovrà essere tale da garantire l'applicazione del programma descritto nel presente documento
- e) Interventi CBT e di psicoeducazione rivolti ai familiari e pazienti. La psicoeducazione dovrebbe essere riconsiderata dopo ogni eventuale ricaduta; è auspicabile che, quando possibile, tali incontri avvengano anche al domicilio del paziente
- f) Programmi di inclusione sociale finalizzati alla recovery. Il percorso di recovery dovrà avere obiettivi specifici concordati con il paziente, basati sulla comprensione dei suoi valori, dei suoi punti di forza e delle sue preferenze, al fine di favorire la ripresa dello studio, di attività socialmente utili, di gestione gratificante del tempo libero, del lavoro; nel caso delle attività di inclusione lavorativa saranno privilegiati i principi del metodo IPS (Berardi & Fioritti, 2017)
- g) Interventi di promozione della salute fisica e prevenzione del rischio cardiovascolare, al fine di evitare gli effetti collaterali correlati alla somministrazione dei farmaci come ad es. la sindrome metabolica, attraverso interventi psicoeducativi mirati (es. sospensione dell'abitudine tabagica, promozione dell'attività fisica). A tale scopo potrà essere utilizzata la versione italiana del "Australian Positive Cardiometabolic Algorithm" (Ferrara et al., 2015) riportata **nell'Appendice 1**.

### 12.3. Aspetti organizzativi connessi alla gestione delle équipe multiprofessionali coinvolte nel percorso di cura

Il percorso clinico assistenziale dedicato agli esordi psicotici prevede fra i protagonisti della domanda e del percorso di cura, diverse configurazioni di soggetti (dall'adolescente singolo alla famiglia intera, a piccoli gruppi di amici, ai genitori) anche in funzione dei contesti nei quali essa si esprime (Consultorio familiare e Spazio Giovani, Case della Comunità, Servizi di NPIA e di Salute Mentale Adulti, Pronto Soccorso, etc) (Thomas et al., 2021), dunque i processi saranno differenziati anche in relazione ai portatori della domanda e al contesto di accoglienza della stessa. Importante a questo proposito è il ruolo della "Peer Education, o Educazione tra Pari", quale metodologia educativa che si basa su un processo di trasmissione di conoscenze ed esperienze tra i membri di un gruppo di pari, all'interno di un piano che prevede finalità, tempi, modi, ruoli e strumenti ben definiti. Il nucleo concettuale alla base dell'Educazione tra Pari è che i "laici", rispetto ai professionisti sanitari, siano nella posizione migliore per incoraggiare un comportamento sano l'uno con l'altro, tra persone "pari", cioè che condividono background sociali o esperienze di vita simili (Royal Society for Public Health, 2018). In tale processo il ruolo dei professionisti sanitari diviene quello di supportare i membri della comunità di riferimento nel promuovere il cambiamento a favore della salute tra i loro pari (e in loro stessi) (Thomas et al, 2021). Più specificamente, gli esperti di supporto tra pari (ESP), definiti anche facilitatori sociali, sono figure nuove, chiamate ad operare nell'ambito della salute mentale, a cui sono richieste doti di sensibilità ed esperienza personale nella gestione della malattia e nel percorso di recupero e affrancamento da essa. Gli ESP collaborano con i professionisti sanitari della salute mentale al fine di costruire momenti e spazi d'accoglienza e sostegno per gli altri pazienti in carico ai servizi, partendo dal confronto delle esperienze specifiche di ognuno. Tra i loro compiti, il sostegno agli altri pazienti, in modo da offrire reciproco incoraggiamento e senso di appartenenza; attività di ascolto, informazione e orientamento sulle problematiche di tipo psichiatrico; partecipazione ad iniziative di socializzazione residenziali e sul territorio; attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto; collaborazione con gli specialisti nel processo di recupero dell'autostima nei pazienti. Appare necessario sottolineare che la persona alla quale si fa riferimento è un 'soggetto relazionale', dunque un soggetto che organizza la sua esperienza, talvolta con modalità cariche di disagio o di sofferenza, ma che possiede un suo personale contesto prossimale di riferimento (in gran parte quello familiare con le sue varie configurazioni), che costituisce un co-determinante significativo dell'esperienza stessa. Sarà tanto più importante coinvolgere tale contesto, anche nella definizione dell'assetto di cura, specie quando la situazione critica riguarda le esperienze e i vissuti dei primi anni dell'adolescenza stessa. Le raccomandazioni descritte nel presente documento prevedono, per la loro piena implementazione, *l'integrazione delle attività dei servizi sociali e sanitari*, e all'interno del DSMDP delle attività della NPIA, del SerDP, della psicologia clinica con il CSM; il percorso di cura necessita pertanto di essere definito attraverso l'integrazione e definizione delle competenze tra professionisti diversi.

**Pertanto il Gruppo Regionale raccomanda**

**Raccomandazione 101 a cura del GLR** - *I professionisti di volta in volta coinvolti saranno: neuropsichiatri, psichiatri, medici SerDP, psicologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ESP, operatori dei servizi sociali e servizi alla persona, delle agenzie d'inserimento lavorativo, della scuola, di altre istituzioni formative e/o educative. Essi dovranno interagire con il paziente, la famiglia, ed eventualmente con gli altri soggetti significativi del contesto di vita della persona con disagio.*

**Raccomandazione 102 a cura del GLR** - I responsabili del progetto di cura (Responsabili del caso) saranno, a seconda delle circostanze: neuropsichiatra, psichiatra, medico del SerDP, psicologo, affiancati da altre figure professionali, non meno importanti, come tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, educatori, assistenti sociali, dietisti, medici di medicina generale, altri medici specialisti, che si faranno carico di valutazioni e interventi concordati e integrati nel percorso assistenziale. Potranno avere un ruolo rilevante anche altri soggetti non in possesso di qualifiche professionali specifiche come familiari, associazioni di familiari, utenti esperti, amici, volontari.

**Raccomandazione 103 a cura del GLR** - La partecipazione e l'integrazione all'interno del percorso di cura personalizzato e condiviso con il paziente in carico, di professionisti della salute mentale con qualifiche e competenze diverse potrà avvenire man mano che il Responsabile del caso in accordo con la persona all'esordio o a rischio di psicosi (e preferibilmente anche con i suoi familiari), sviluppi delle ipotesi diagnostico-assistenziali e d'intervento che orientino verso ulteriori contributi terapeutici (ad es. uno specialista di area nutrizionale per la prevenzione di una sindrome metabolica, un educatore per una visita domiciliare, un esperto di counselling familiare, etc.).

**Raccomandazione 104 a cura del GLR** - L'organizzazione del percorso di cura richiede una équipe multiprofessionale che sia formata ed in grado di erogare gli interventi terapeutici multicomponentiali che hanno ampiamente dimostrato maggiore efficacia in termini di funzionamento sociale, professionale, di soddisfazione e qualità della vita rispetto al solo trattamento farmacologico.

Per la popolazione migrante, considerato che le barriere linguistiche e la diversità culturale possono rappresentare una criticità per l'applicazione di quanto previsto nelle presenti Raccomandazioni.

#### **Si raccomanda che**

**Raccomandazione 105 a cura del GLR** - i DSMDP attivino un servizio di mediazione linguistica e culturale e promuovano per questa specifica popolazione, la presa in carico sociale e favoriscano interventi di outreach in collaborazione con le agenzie e le comunità del territorio che prevedano programmi di sensibilizzazione che possono aiutare a creare fiducia e familiarità con i servizi sanitari nel nuovo paese, chiarire i diritti all'assistenza sanitaria e facilitare l'accesso ai servizi psichiatrici tradizionali.



**Raccomandazione 106 a cura del GLR** - In considerazione del fatto che gli interventi previsti a favore delle persone all' esordio prevedono l'integrazione di diverse competenze professionali, e l'integrazione di attività di pertinenza di differenti servizi (enti locali, servizi sanitari, servizi non sanitari), è indispensabile individuare, per ciascun paziente per il quale sia attivato il Programma, un Referente del percorso, che sia indicato nella documentazione clinica dal Responsabile clinico, che coordini le attività programmate, promuova incontri a cadenza regolare con i soggetti coinvolti (includendo di norma anche il paziente ed i suoi familiari) per verifica e aggiornamento del percorso clinico-assistenziale personalizzato.

**Raccomandazione 107 a cura del GLR** - Il referente del percorso sarà individuato tra i professionisti coinvolti nel percorso di trattamento e potrà essere lo psichiatra o il neuropsichiatra infantile o lo psicologo di riferimento o un professionista sanitario coinvolto sul caso (infermiere, TRP).

**Raccomandazione 108 a cura del GLR** - Successivamente alle prime fasi di identificazione e di valutazione, che serviranno alla raccolta di tutte le informazioni necessarie, saranno organizzati incontri fra i soggetti coinvolti, durante i quali si definiranno le responsabilità individuali (chi fa cosa, quando e come) per l'implementazione del percorso di cura. Agli incontri parteciperanno tutti i professionisti e le persone, che il referente del percorso riterrà necessari e utili per l'implementazione del percorso di cura della persona all'esordio psicotico o ad alto rischio (di norma saranno presenti il paziente e i suoi familiari, in quanto persone primariamente coinvolte).

**Raccomandazione 109 a cura del GLR** - I referenti del percorso dopo le prime due fasi del percorso di cura (fase 1 di screening e fase 2 di valutazione) organizzeranno incontri successivi, riportando i risultati delle fasi di identificazione e valutazione nella sezione Diagnosi e problemi di CURE, compresa la formulazione del progetto al fine di garantire la massima trasparenza e condivisione del percorso di cura.

**Raccomandazione 110 a cura del GLR** - L'organizzazione degli incontri tra tutte le persone coinvolte nel percorso di cura dovrà iniziare il più presto possibile e proseguire con incontri ravvicinati fino ad una definizione condivisa del percorso di cura e delle responsabilità individuali relative al percorso stesso. I professionisti e le persone coinvolte nel percorso personalizzato di cura del paziente in carico dovranno mantenere un contatto continuo con i referenti del percorso per la condivisione delle informazioni, le integrazioni, le verifiche e gli aggiornamenti, a garanzia dell'appropriata esecuzione del percorso di cura.



**Raccomandazione 111 a cura del GLR** - I partecipanti agli incontri saranno convocati periodicamente (di norma almeno una volta ogni 6-12 mesi) per verifica e aggiornamento del progetto personalizzato del paziente in carico (prestazione "Verifica del progetto" di CURE).. Il passaggio della titolarità del caso tra servizi (NPIA, CSM, SerDP, psicologia clinica) dovrà avvenire nel corso di uno o più specifici incontri con la partecipazione del paziente e dei suoi familiari.

**Raccomandazione 112 a cura del GLR** - Tutte le attività implementate durante il percorso di cura personalizzato, gli indicatori di processo ed esito, dovranno avere riscontro nella cartella CURE e saranno oggetto delle attività di supervisione, di benchmarking dipartimentali e regionali al fine di garantire il miglioramento continuo del percorso di cura.

**Raccomandazione 113 a cura del GLR** - L'utilizzo del Budget di Salute costituisce uno degli strumenti elettivi per la realizzazione del percorso di cura integrato come previsto dalle presenti Raccomandazioni (Conferenza Unificata, luglio 2022; Leuci et al., 2022).

#### 12.4. Aspetti organizzativi connessi alla formazione

##### **Competenze relazionali richieste ai professionisti**

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

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

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

## Il Gruppo Regionale raccomanda

**Raccomandazione 114 a cura del GLR** - Al fine di garantire la manutenzione costante del percorso di cura dovrà essere organizzata un'attività di formazione e miglioramento continuo della qualità, coerente con le raccomandazioni descritte.

**Raccomandazione 115 a cura del GLR** - L'organizzazione del percorso di cura richiede una équipe multiprofessionale in grado di erogare gli interventi terapeutici multicomponentiali previsti dalle presenti raccomandazioni, che hanno ampiamente dimostrato maggiore efficacia in termini di funzionamento sociale, professionale, di soddisfazione e qualità della vita rispetto al solo trattamento farmacologico (es. Interventi CBT, Psicoeducazione Strutturata).

**Raccomandazione 116 a cura del GLR** - Tutti i componenti dell'équipe multiprofessionale che si faranno carico del percorso di cura multicomponentiale personalizzato, e più in generale coloro che partecipano agli incontri, dovranno essere a conoscenza del presente documento e condividere gli strumenti operativi prescelti (scale di valutazione, manuali etc.), le procedure necessarie per implementarli, gli indicatori di processo ed esito definiti, le modalità di comunicazione e di raccordo tra i servizi, funzionali alla continuità assistenziale e all'applicazione delle raccomandazioni.

**Raccomandazione 117 a cura del GLR** - Ogni DSMDP deve garantire programmi di formazione e informazione rivolti al personale sanitario, alla popolazione, ai pazienti e ai loro familiari per la lotta allo stigma e per diffondere la conoscenza dell'utilità di un rapido aggancio dei soggetti all'esordio.

**Raccomandazione 118 a cura del GLR** - In ciascun DSMDP venga annualmente prevista un'attività di supervisione regolare con valutazione dei casi all'esordio più complessi avvalendosi di un supervisore esperto della tematica in oggetto.

**Raccomandazione 119 a cura del GLR** - Le formazioni rivolte ai professionisti dovrebbero prevedere anche il monitoraggio dell'autoefficacia percepita connessa al trattamento delle persone all'esordio.

**Raccomandazione 120 a cura del GLR** - Per garantire l'identificazione e la segnalazione tempestiva di soggetti a rischio, devono essere previste attività di informazione e formazione, differenziate e specifiche, rivolte ai professionisti delle Case della Comunità, ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, ai medici degli ambulatori STP (Straniero Temporaneamente Presente), ai Servizi di psicologia scolastica, agli operatori sociali dei servizi pubblici maggiormente coinvolti nel supporto alla persona, al privato sociale, alle associazioni di volontariato, alla popolazione generale, e a tutti i professionisti che potrebbero venire a contatto con la popolazione a rischio.

### 13. LA CARTELLA UNICA REGIONALE ELETTRONICA CURE E GLI INDICATORI ANNUALI DI PROCESSO E DI ESITO

#### 13.1. La Cartella Unica Regionale Elettronica CURE come strumento di innovazione

La possibilità di instaurare nel settore della residenzialità psichiatrica, delle dipendenze e della NPIA un processo progressivo di miglioramento continuo passa necessariamente attraverso una corretta gestione della progettualità, della documentazione clinica e del monitoraggio e valutazione delle attività, con modalità uniformi nei servizi psichiatrici regionali, ed alla successiva analisi dei dati raccolti.

La Regione Emilia-Romagna ha realizzato e avviato in questi un progetto di rilevanti dimensioni per la costruzione di una cartella socio-sanitaria unica regionale elettronica (CURE).

Questo risultato è stato possibile grazie alla collaborazione di professionisti dei Servizi del DSMDP, programmazione, farmaceutica, medicina legale, protezione dei dati e esperti ICT che hanno collaborato e fornito indicazioni sulla progettazione della cartella clinica unica regionale. I primi risultati sono stati l'integrazione dei servizi, l'uso di nomenclatori condivisi – ad esempio i trattamenti o le prestazioni, la gestione facilitata dei PDTA o percorsi, l'uso di testistica per le attività di outcome e assessment.

CURE è uno strumento in grado di:

- potenziare lo sviluppo di **programmi di trattamento integrati, interdisciplinari e multidimensionali, pubblico e privato**, che valutano le diverse dimensioni della patologia psichica (biologica, psicologica e sociale), intervengono sulle diverse aree di vita (lavoro, scuola, famiglia, abitazione, spazio sociale e ricreativo), non trascurando le comorbidità fisiche, ed utilizzando le competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale individuati, indipendentemente dalla loro collocazione organizzativa;
- migliorare la **gestione di programmi di trattamento** che richiedono la capacità dei professionisti di lavorare in gruppi operativi. All'interno di queste équipes è centrale la condivisione e cogestione delle informazioni relative alla valutazione, agli obiettivi, ai metodi, alla evoluzione del trattamento, ai compiti e alle responsabilità dei singoli professionisti.
- potenziare il "lavoro di squadra" e la buona "comunicazione" per garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità, accompagnata da una certificazione documentale dell'intero processo clinico-assistenziale, in quanto strumento di lavoro per la tutela del paziente e dei professionisti;

Il più importante concetto veicolato da CURE e che entra nell'assetto organizzativo e funzionale dei Servizi è che al **centro del processo terapeutico riabilitativo vi è l'assistito**, mentre i Servizi e i professionisti collaborano tra di loro in rete, erogando prestazioni nell'ambito delle proprie competenze.

Inoltre, tutti gli **indicatori di monitoraggio e valutazione** saranno derivati direttamente dalla cartella CURE, eliminando progressivamente tutti i sistemi di rendicontazione dell'attività sugli assistiti costruiti in questi anni.

In particolare per la residenzialità, pubblica e privata, l'utilizzo della cartella faciliterà anche:

- la coprogettazione pubblico, privato e con l'assistito degli obiettivi da raggiungere;
- i processi di alerting sui programmi residenziali con durata oltre a quella prevista della normativa o dalle indicazioni tecnico-scientifiche;
- l'assolvimento degli obblighi informativi Aziendali e locali;
- la condivisione delle informazioni sul paziente e sull'andamento del programma tra l'équipe del servizio e quella della struttura residenziale;
- la raccolta dei dati necessari per una valutazione continua degli indici di esito e per l'analisi dei benefici dell'inserimento in programmi RTRE per alcune tipologie di pazienti.

### 13.2. Indicatori di Processo

Il Gruppo Regionale raccomanda l'utilizzo dei seguenti indicatori:

#### 13.2.1. Indicatori di Processo

**Il Gruppo Regionale raccomanda l'utilizzo dei seguenti indicatori**

#### **Raccomandazione 121 a cura del GLR**

1. Percentuale di pazienti con esordio psicotico (nell'anno di riferimento) a cui è stato registrato il Programma/PDTA "Esordi Psicotici" nella cartella informatizzata CURE/Totale pazienti con esordio psicotico nell'anno
2. Percentuale di pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" in terapia con antipsicotico e con rilevazione dello stato di salute fisica/Totale pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" in terapia con antipsicotico
3. Percentuale pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" che hanno ricevuto interventi psicologici/Totale pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici"
4. Percentuale pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" che hanno ricevuto programmi di inclusione sociale/Totale pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici"
5. Percentuale pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" che hanno ricevuto interventi di psico-educazione familiare/ Totale pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici"

6. Percentuale pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" a cui è stata effettuata una valutazione dello stato clinico-funzionale (scala HONOS *HoNOS/MHCT per pazienti con età ≥18 anni (Lora et al., 2001; Starace & Mazzi, 2014)* o *HONOSCA per pazienti con età < 18 anni (D'Avanzo et al., 2018)*) all'inizio del percorso esordi/Totale pazienti con esordio psicotico (nell'anno) e con Programma/PDTA "Esordi Psicotici".

### 13.2.2. Indicatori di esito

Il Gruppo Regionale raccomanda l'utilizzo dei seguenti indicatori

#### **Raccomandazione 122 a cura del GLR**

1. Percentuale di pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" che hanno ricevuto una valutazione dello stato clinico-funzionale (scala HONOS) a 6 mesi dall'inizio del percorso esordi/Totale pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" e con durata percorso ≥ 6 mesi
2. Percentuale di pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" che hanno ricevuto una valutazione dello stato clinico-funzionale (scala HONOS) a 12 mesi dall'inizio del percorso esordi/ Totale pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" e con durata percorso ≥ 12 mesi
3. Percentuale di pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" che hanno ricevuto una valutazione dello stato clinico-funzionale (scala HONOS) a 18 mesi dall'inizio del percorso esordi/ Totale pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" e con durata percorso ≥ 18 mesi
4. Percentuale di pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" che hanno ricevuto una valutazione dello stato clinico-funzionale (scala HONOS) a 24 mesi dall'inizio del percorso esordi/Totale pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" e con durata percorso ≥ 24 mesi
5. Percentuale di pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici" che hanno effettuato almeno una auto valutazione del proprio stato psicologico/qualità della vita durante il percorso di cura/Totale pazienti con Programma/PDTA "Esordi Psicotici". *Tra gli strumenti consigliati il CBA-OE (Bertolotti et al., 2015) e la WHQOL Breve (De Girolamo et al., 2000)*



## 14. BIBLIOGRAFIA

- Abdel-Baki, A., Lal, S., O, D. C., Stip, E., & Kara, N. (2017). Understanding access and use of technology among youth with first-episode psychosis to inform the development of technology-enabled therapeutic interventions. *Early Interv Psychiatry, 11*(1), 72-76. <https://doi.org/10.1111/eip.12250>
- Aberzk, K., Collins, M. A., Addington, J., Bearden, C. E., Cadenhead, K. S., Cornblatt, B. A., Mathalon, D. H., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Tsuang, M. T., Woods, S. W., Cannon, T. D., & Walker, E. F. (2022). Life Event Stress and Reduced Cortical Thickness in Youth at Clinical High Risk for Psychosis and Healthy Control Subjects. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 7*(2), 171-179. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.04.011>
- Addington, J., Addington, D., Abidi, S., Raedler, T., & Remington, G. (2017a). Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Can J Psychiatry, 62*(9), 656-661. <https://doi.org/10.1177/0706743717719895>
- Addington, J., Addington, D., Abidi, S., Raedler, T., & Remington, G. (2017b). Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry, 62*(9), 656-661. <https://doi.org/10.1177/0706743717719895>
- Aggarwal, A., Pandurangi, A., & Smith, W. (2013). Disparities in breast and cervical cancer screening in women with mental illness: a systematic literature review. *Am J Prev Med, 44*(4), 392-398. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.12.006>
- Albert, N., & Weibell, M. (2019). The outcome of early intervention in first episode psychosis. *International Review of Psychiatry, 31*(5-6), 413-424. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1643703>
- Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Cotton, S., Gee, D., Pearce, T., Crisp, K., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2008). Enhancing treatment fidelity in psychotherapy research: novel approach to measure the components of cognitive behavioural therapy for relapse prevention in first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry, 42*(12), 1013-1020. <https://doi.org/10.1080/00048670802512057>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2021). *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*.
- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdoskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry, 5*(7), 591-604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Astorri, R. (1998). *Legge 6 marzo 1998, n. 40 «Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»* (Vol. Quaderni di diritto e politica ecclesiastica, ).
- Barnes, T. R., & Schizophrenia Co nsensus Group of British Association for Psychopharmacology. (2011). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol, 25*(5), 567-620. <https://doi.org/10.1177/0269881110391123>
- Barnett, I., Torous, J., Staples, P., Sandoval, L., Keshavan, M., & Onnela, J. P. (2018). Relapse prediction in schizophrenia through digital phenotyping: a pilot study. *Neuropsychopharmacology, 43*(8), 1660-1666. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0030-z>
- Bechdorf, A., Müller, H., Hellmich, M., de Millas, W., Falkai, P., Gaebel, W., Gallinat, J., Hasan, A., Heinz, A., Janssen, B., Juckel, G., Karow, A., Krüger-Özgürdal, S., Lambert, M., Maier, W., Meyer-Lindenberg, A., Pützfeld, V., Rausch, F., Schneider, F., Klosterkötter, J. (2023). Prevention of First-Episode Psychosis in People at Clinical High Risk: A Randomized Controlled, Multicentre Trial Comparing Cognitive-Behavioral Therapy and Clinical Management Plus Low-Dose Aripiprazole or Placebo (PREVENT). *Schizophrenia Bulletin, 49*(4), 1055-1066. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad029>
- Bellomo, A., Magnifico, G., Corrivetti, G., Barlati, S., Fiorillo, A., Maina, G., Nicolò, G., Sampogna, G., Veltro, F., & Vita, A. (2021). [The management of long-term treatment of patient with schizophrenia: results of a survey carried out in Italy]. *Riv Psichiatr, 56*(6), 289-299. <https://doi.org/10.1708/3713.37042> (La gestione del trattamento a lungo termine del paziente con schizofrenia: risultati di una survey effettuata in Italia)
- Belvederi Murri, M., Bertelli, R., Carozza, P., Berardi, L., Cantarelli, L., Croce, E., Antenora, F., Curtarello, E. M. A., Simonelli, G., Recla, E., Giroto, B., Grassi, L., Callegari, V., Cardelli, R., Emanuelli, F., Garofani, L.,



- Marangoni, C., Mazzoni, P., Nappi, G., Zerbinati, L. (2020). First-episode psychosis in the Ferrara mental health department: Incidence and clinical course within the first 2 years. *Early intervention. Psychiatry*, 5, 1–11. <https://doi.org/10.1111/eip.13095>
- Belvederi Murri, M., Bertelli, R., Carozza, P., Berardi, L., Cantarelli, L., Croce, E., Antenora, F., Curtarello, E. M. A., Simonelli, G., Recla, E., Giroto, B., & Grassi, L. (2021). First-episode psychosis in the Ferrara Mental Health Department: Incidence and clinical course within the first 2 years. *Early Interv Psychiatry*, 15(6), 1738-1748. <https://doi.org/10.1111/eip.13095>
- Belvederi Murri, M., Ferrara, M., Imbesi, M., Leuci, E., Marchi, M., Musella, V., Natali, A., Neri, A., Ragni, S., Saponaro, A., Tarricone, I., Tullini, A., Starace, F., & Group, f. t. E. P. W. (2023). A public early intervention approach to first-episode psychosis: Treated incidence over 7 years in the Emilia-Romagna region. *Early intervention in psychiatry*, 17(7), 724-736. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.13437>
- BenZeev, D., Brian, R., Wang, R., Wang, W., Campbell, A. T., Aung, M. S. H., Merrill, M., Tseng, V. W. S., Choudhury, T., Hauser, M., Kane, J. M., & Scherer, E. A. (2017). CrossCheck: Integrating self-report, behavioral sensing, and smartphone use to identify digital indicators of psychotic relapse. *Psychiatr Rehabil J*, 40(3), 266-275. <https://doi.org/10.1037/prj0000243>
- Berardi D., Fioritti A. (2017). Individual Placement and Support. Manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali. Editore: Bononia University Press
- Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G., Sanavio, E., Bottesi, G., Bettinardi, O., & Zotti, A. M. (2015). Metric qualities of the cognitive behavioral assessment for outcome evaluation to estimate psychological treatment effects. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 2449-2460. <https://doi.org/10.2147/NDT.S86855>
- Bhugra, D., Gupta, S., Schouler-Ocak, M., Graeff-Calliess, I., Deakin, N. A., Qureshi, A., Dales, J., Moussaoui, D., Kastrup, M., Tarricone, I., Till, A., Bassi, M., & Carta, M. (2014). EPA guidance mental health care of migrants. *Eur Psychiatry*, 29(2), 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.01.003>
- Biagiante, B., Fisher, M., Neilands, T. B., Loewy, R., & Vinogradov, S. (2016). Engagement with the auditory processing system during targeted auditory cognitive training mediates changes in cognitive outcomes in individuals with schizophrenia. *Neuropsychology*, 30(8), 998-1008. <https://doi.org/10.1037/neu0000311>
- Biagiante, B., Quraishi, S. H., & Schlosser, D. A. (2018). Potential Benefits of Incorporating Peer-to-Peer Interactions Into Digital Interventions for Psychotic Disorders: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*, 69(4), 377-388. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700283>
- Birchwood, M. (2004). Early intervention in psychosis: the critical period. In: MCGORRY P. & JACKSON H. (Eds) *The recognition and Management of early psychosis*. Cambridge University Press, 2004
- Birnbaum, M. L., Rizvi, A. F., Faber, K., Addington, J., Correll, C. U., Gerber, C., Lahti, A. C., Loewy, R. L., Mathalon, D. H., Nelson, L. A., Voineskos, A. N., Walker, E. F., Ward, E., & Kane, J. M. (2018). Digital Trajectories to Care in First-Episode Psychosis. *Psychiatr Serv*, 69(12), 1259-1263. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800180>
- Bodén, R., Lundgren, M., Brandt, L., Reutfors, J., Andersen, M., & Kieler, H. (2012). Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *BMJ : British Medical Journal*, 345, e7085. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7085>
- Boldrini T, Tanzilli A, Pontillo M, Chirumbolo A, Vicari S, Lingiardi V. Comorbid Personality Disorders in Individuals With an At-Risk Mental State for Psychosis: A Meta-Analytic Review. *Front Psychiatry*. 2019 Jul 5;10:429. doi: 10.3389/fpsy.2019.00429. Erratum in: *Front Psychiatry*. 2020 May 12;11:235. PMID: 31333509; PMCID: PMC6625011.
- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011a). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), 897-910. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001406>
- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011b). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med*, 41(5), 897-910. <https://doi.org/10.1017/s0033291710001406>
- Brand, B. A., de Boer, J. N., Dazzan, P., & Sommer, I. E. (2022). Towards better care for women with schizophrenia-spectrum disorders. *The Lancet Psychiatry*, 9(4), 330-336. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00383-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00383-7)
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., & Lauber, C. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull*, 35(5), 949-958. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024>
- Camacho-Gomez, M., & Castellvi, P. (2020). Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull*, 46(1), 98-109. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz038>

- Carozza P., Linee guida dei trattamenti psicosociali Evidence Based, Verso una visione unitari della riabilitazione psichiatrica; Sestante, dicembre 2017, Cesena.
- Carter, B., Rodrigues, R., Reid, J., Archie, S., Terry, A. L., Palaniyappan, L., MacDougall, A. G., Voineskos, A., Jan, S. H., Jaakkimainen, L., Chen, B., Sawh, N., & Anderson, K. K. (2023). Sex differences in the clinical presentation of early psychosis in a primary care setting. *Arch Womens Ment Health*, 26(4), 485-493. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01329-w>
- Carter, B., Wootten, J., Archie, S., Terry, A. L., & Anderson, K. K. (2022). Sex and gender differences in symptoms of early psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*, 25(4), 679-691. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01247-3>
- Catalan, A., Richter, A., Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Mancebo, G., Pedruzo, B., Aymerich, C., Solmi, M., Gonzalez-Torres, M. A., Gil, P., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2021). Proportion and predictors of remission and recovery in first-episode psychosis: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*, 64(1), e69. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2246>
- Catalan, A., Salazar de Pablo, G., Vaquerizo Serrano, J., Mosillo, P., Baldwin, H., Fernández-Rivas, A., Moreno, C., Arango, C., Correll, C. U., Bonoldi, I., & Fusar-Poli, P. (2021). Annual Research Review: Prevention of psychosis in adolescents – systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(5), 657-673. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.13322>
- Cavelti, M., Thompson, K., Chanen, A. M., & Kaess, M. (2021). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Curr Opin Psychol*, 37, 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.003>
- Ceraso, A., Lin, J. J., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Davis, J. M., & Leucht, S. (2020). Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8), CD008016. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008016.pub3>
- Chivilgina, O., Wangmo, T., Elger, B. S., Heinrich, T., & Jotterand, F. (2020). mHealth for schizophrenia spectrum disorders management: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry*, 66(7), 642-665. <https://doi.org/10.1177/0020764020933287>
- Clerici, M., de Bartolomeis, A., De Filippis, S., Ducci, G., Maremmani, I., Martinotti, G., & Schifano, F. (2018). Patterns of Management of Patients With Dual Disorder (Psychosis) in Italy: A Survey of Psychiatrists and Other Physicians Focusing on Clinical Practice. *Front Psychiatry*, 9, 575. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00575>
- Cocchi, A., Cavicchini, A., Collavo, M., Ghio, L., Macchi, S., Meneghelli, A., & Preti, A. (2018). Implementation and development of early intervention in psychosis services in Italy: a national survey promoted by the Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi. *Early intervention in psychiatry*, 12(1), 37-44. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.12277>
- Cocchi, A., & Meneghelli, A. (2012). *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale d'intervento precoce*. Edi-ermes
- Consiglio nazionale ordine degli Psicologi. (2017). *Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web*. Retrieved 10 august 2023 from [https://www.psy.it/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici\\_DEF\\_interno-LR.pdf](https://www.psy.it/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici_DEF_interno-LR.pdf)
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H., Guloksuz, S., Hui, C. L. M., Chen, E. Y. H., Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., . . . Kane, J. M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555-565. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>
- Cotton, S. M., Lambert, M., Schimmelmann, B. G., Foley, D. L., Morley, K. I., McGorry, P. D., & Conus, P. (2009). Gender differences in premorbid, entry, treatment, and outcome characteristics in a treated epidemiological sample of 661 patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*, 114(1-3), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.07.002>
- Crockford, D., & Addington, D. (2017). Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can J Psychiatry*, 62(9), 624-634. <https://doi.org/10.1177/0706743717720196>
- D'Avanzo, B., Lovaglio, P., Parabiaghi, A., Conti, P., Frigerio, A., Molteni, M., Monzani, E., Rossi, P. E., & Barbato, A. (2018). Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA): Psychometric properties of the Italian version, . *Children and Youth Services Review*, 94(C), 340-346. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018>
- Damme, K. S. F., Gupta, T., Ristanovic, I., Kimhy, D., Bryan, A. D., & Mittal, V. A. (2022). Exercise Intervention in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: Benefits to Fitness, Symptoms, Hippocampal Volumes, and Functional Connectivity. *Schizophr Bull*, 48(6), 1394-1405. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac084>

- De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, A., Coppa, F., D'Addario, A., Daru, E., De Leo, D., Galassi, L., Mangelli, L., Marson, C., Neri, G., & Soldani, L. (2000). [Quality of life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Brief]. *Epidemiol Psichiatr Soc*, *9*(1), 45-55. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00007740> (La valutazione della qualita della vita: validazione del WHOQOL-Breve.)
- Devoe, D. J., Farris, M. S., Townes, P., & Addington, J. (2019). Attenuated psychotic symptom interventions in youth at risk of psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early intervention in psychiatry*, *13*(1), 3-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.12677>
- Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare. (2020). *Raccomandazioni per l'impiego dei farmaci antipsicotici nel trattamento a lungo termine delle persone con disturbi schizofrenici*. Retrieved from <https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione>
- Donahue, A. L., Rodriguez, J., & Shore, J. H. (2021). Telemental Health and the Management of Psychosis. *Curr Psychiatry Rep*, *23*(5), 27. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01242-y>
- Drake, R. J., Husain, N., Marshall, M., Lewis, S. W., Tomenson, B., Chaudhry, I. B., Everard, L., Singh, S., Freemantle, N., Fowler, D., Jones, P. B., Amos, T., Sharma, V., Green, C. D., Fisher, H., Murray, R. M., Wykes, T., Buchan, I., & Birchwood, M. (2020). Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study. *Lancet Psychiatry*, *7*(7), 602-610. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30147-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30147-4)
- Dunne, T., Bishop, L., Avery, S., & Darcy, S. (2017). A Review of Effective Youth Engagement Strategies for Mental Health and Substance Use Interventions. *J Adolesc Health*, *60*(5), 487-512. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.019>
- Emsley, R., Kilian, S., & Phahladira, L. (2016). How long should antipsychotic treatment be continued after a single episode of schizophrenia? *Curr Opin Psychiatry*, *29*(3), 224-229. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000249>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/comorbidity-substance-use-mental-health\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/comorbidity-substance-use-mental-health_en)
- Fernández-Abascal, B., Suárez-Pinilla, P., Cobo-Corrales, C., Crespo-Facorro, B., & Suárez-Pinilla, M. (2021). In- and outpatient lifestyle interventions on diet and exercise and their effect on physical and psychological health: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials in patients with schizophrenia spectrum disorders and first episode of psychosis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *125*, 535-568. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.005>
- Ferrara M, Curtarello EMA, Gentili E, et al. Sex differences in schizophrenia-spectrum diagnoses: results from a 30-year health record registry. *Archives of Women's Mental Health* 2023 doi: 10.1007/s00737-023-01371-8
- Ferrara, M., Mungai, F., Miselli, M., Shiers, D., Curtis, J., & Starace, F. (2015). Strategies to implement physical health monitoring in people affected by severe mental illness: a literature review and introduction to the Italian adaptation of the Positive Cardiometabolic Health Algorithm. *Official Journal of the Italian Society of Psychopathology*, *21*, 269-280. <https://old.jpsychopathol.it/article/strategies-to-implement-physical-health-monitoring-in-people-affected-by-severe-mental-illness-a-literature-review-and-introduction-to-the-italian-adaptation-of-the-positive-cardiometabolic-health-al/>
- Ferrara, M., & Srihari, V. H. (2020). Early Intervention for Psychosis in the United States: Tailoring Services to Improve Care for Women. *Psychiatr Serv*, appips202000205. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000205>
- Ferrara, M., Tedeschini, E., Baccari, F., Musella, V., Vacca, F., Mazzi, F., Ferri, M., Srihari, V., Starace, F., & Early Psychosis Working, G. (2019). Early intervention service for first episode psychosis in Modena, Northern Italy: The first hundred cases. *Early Interv Psychiatry*, *13*(4), 1011-1017. <https://doi.org/10.1111/eip.12788>
- Ferrari, M., Flora, N., Anderson, K. K., Haughton, A., Tuck, A., Archie, S., Kidd, S., McKenzie, K., & Team, o. b. o. t. A. P. (2018). Gender differences in pathways to care for early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *12*(3), 355-361. <https://doi.org/10.1111/eip.12324>
- Fioritti, A., Burns, T., Hilarion, P., van Weeghel, J., Cappa, C., Sunol, R., & Otto, E. (2014). Individual placement and support in Europe. *Psychiatr Rehabil J*, *37*(2), 123-128. <https://doi.org/10.1037/prj0000065>
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, *45*(7), 1343-1361. <https://doi.org/10.1017/S0033291714003110>
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Pratap, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, *16*(3), 287-298. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20472>



- Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità. (2022). *Ventisettesimo Rapporto sulle migrazioni 2021*. Retrieved 10 august 2023 from <https://www.ismu.org/ventisettesimo-rapporto-sulle-migrazioni-2021/>
- Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., Mugford, M., Croudace, T., & Jones, P. B. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: a report from the ISREP MRC Trial Platform study (Improving Social Recovery in Early Psychosis). *Psychological Medicine*, 39(10), 1627-1636. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005467>
- Fowler, D. G., Hodgekins, J., Arena, K., Turner, R., Lower, R., Wheeler, K., Corlett, E., Reilly, T., & Wilson, J. (2010). Early detection and psychosocial intervention for young people who are at risk of developing long term socially disabling severe mental illness: Should we give equal priority to functional recovery and complex emotional dysfunction as to psychotic symptoms? *Clinical Neuropsychiatry*, 7, 63-71.
- Francey, S. M., Jovev, M., Phassouliotis, C., Cotton, S. M., & Chanen, A. M. (2018). Does co-occurring borderline personality disorder influence acute phase treatment for first-episode psychosis? *Early Interv Psychiatry*, 12(6), 1166-1172. <https://doi.org/10.1111/eip.12435>
- French, P., Owens, J., Parker, S., & Dunn, G. (2012). Identification of young people in the early stages of psychosis: validation of a checklist for use in primary care. *Psychiatry Res*, 200(2-3), 911-916. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.040>
- Fuga, M. (2021). Professionisti della salute mentale a confronto: ruolo e competenze dell'educatore professionale, dell'infermiere e del tecnico di riabilitazione psichiatrica. *Journal of Health Care Education in Practice*. <https://jhce.padovauniversitypress.it/system/files/papers/2021-2-08.pdf>
- Fusar-Poli, P., Davies, C., Solmi, M., Brondino, N., De Micheli, A., Kotlicka-Antczak, M., Shin, J. I., & Radua, J. (2019). Preventive Treatments for Psychosis: Umbrella Review (Just the Evidence) [Systematic Review]. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00764>
- Fusar-Poli, P., De Micheli, A., Chalambrides, M., Singh, A., Augusto, C., & McGuire, P. (2020). Unmet needs for treatment in 102 individuals with brief and limited intermittent psychotic symptoms (BLIPS): implications for current clinical recommendations. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e67, Article e67. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000635>
- Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., & Kane, J. M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*, 16(3), 251-265. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20446>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Correll, C. U., Meyer-Lindenberg, A., Millan, M. J., Borgwardt, S., Galderisi, S., Bechdolf, A., Pfennig, A., Kessing, L. V., van Amelsvoort, T., Nieman, D. H., Domschke, K., Krebs, M.-O., Koutsouleris, N., McGuire, P., Do, K. Q., & Arango, C. (2020). Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 755-765. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4779>
- Fusar-Poli, P., Sullivan, S. A., Shah, J. L., & Uhlhaas, P. J. (2019). Improving the Detection of Individuals at Clinical Risk for Psychosis in the Community, Primary and Secondary Care: An Integrated Evidence-Based Approach. *Front Psychiatry*, 10, 774. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00774>
- Gaebel, W., Grossimlinghaus, I., Kerst, A., Cohen, Y., Hinsche-Bockenholz, A., Johnson, B., Mucic, D., Petrea, I., Rossler, W., Thornicroft, G., & Zielasek, J. (2016). European Psychiatric Association (EPA) guidance on the quality of eMental health interventions in the treatment of psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 266(2), 125-137. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0677-6>
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 50(5), 410-472. <https://doi.org/10.1177/0004867416641195>
- Galling, B., Roldán, A., Hagi, K., Rietschel, L., Walyzada, F., Zheng, W., Cao, X.-L., Xiang, Y.-T., Zink, M., Kane, J. M., Nielsen, J., Leucht, S., & Correll, C. U. (2017). Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia: systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 16(1), 77-89. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20387>
- Garcia, M., Montalvo, I., Creus, M., Cabezas, Á., Solé, M., Algora, M. J., Moreno, I., Gutiérrez-Zotes, A., & Labad, J. (2016). Sex differences in the effect of childhood trauma on the clinical expression of early psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 86-96. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.004>
- Garethy, P., & Ferraro, L. (2017). *Terapia Cognitivo Comportamentale delle psicosi*. In D. La Barbera, C. La Cascia, L. Sideli (a cura di), *Il trattamento integrato della schizofrenia. Un manuale per la gestione clinica*. Giovanni Fioriti Editore.
- Gayer-Anderson, C., Jongsma, H. E., Di Forti, M., Quattrone, D., Velthorst, E., de Haan, L., Selten, J. P., Szoke, A., Llorca, P. M., Tortelli, A., Arango, C., Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuan, J., Santos, J. L., Arrojo, M., Parellada, M., Tarricone, I., Berardi, D., . . . Morgan, C. (2020). The European Network of National

- Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions (EU-GEI): Incidence and First-Episode Case-Control Programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55(5), 645-657. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01831-x>
- Gibertoni, G., Fanizza, M., Brunello, S., Pace, S., Saponaro, A., & Starace, F. (2022). Salute mentale digitale oltre la pandemia. *RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIA(2022/3)*, 139-158. <https://doi.org/10.3280/RSF2022-003008>
- Gleeson, J. F., Chanen, A., Cotton, S. M., Pearce, T., Newman, B., & McCutcheon, L. (2012). Treating co-occurring first-episode psychosis and borderline personality: a pilot randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry*, 6(1), 21-29. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00306.x>
- Glenthøj, L. B., Kristensen, T. D., Gibson, C. M., Jepsen, J. R. M., & Nordentoft, M. (2020). Assessing social skills in individuals at ultra-high risk for psychosis: Validation of the High Risk Social Challenge task (HiSoC). *Schizophrenia Research*, 215, 365-370. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.08.025>
- Gong, Q., Hu, X., Pettersson-Yeo, W., Xu, X., Lui, S., Crossley, N., Wu, M., Zhu, H., & Mechelli, A. (2017). Network-Level Dysconnectivity in Drug-Naïve First-Episode Psychosis: Dissociating Transdiagnostic and Diagnosis-Specific Alterations. *Neuropsychopharmacology*, 42(4), 933-940. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.247>
- González-Ortega, I., Vega, P., Echeburúa, E., Alberich, S., Fernández-Sevillano, J., Barbeito, S., Balanzá-Martínez, V., Vieta, E., Lorente-Rovira, E., Luengo, A., Cerrillo, E., Crespo, J. M., Matute, C., & González-Pinto, A. (2021). A Multicentre, Randomised, Controlled Trial of a Combined Clinical Treatment for First-Episode Psychosis. *Int J Environ Res Public Health*, 18(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph18147239>
- Gupta, S., Steingard, S., Garcia Aracena, F. E., & Fathy, H. (2018). Deprescribing Antipsychotic Medications in Psychotic Disorders: How and Why? *Current Psychiatry Reviews*, 14(1), 26-32. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2174/1573400514666180612092055>
- Heslin, M., Howard, L., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett, M., Spokes, T., Huxley, P., & Thornicroft, G. (2011). Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry*, 10(2), 132-137. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00035.x>
- Hoffmann, H., & Richter, D. (2020). Supported employment in Switzerland-Are we on track? *Psychiatr Rehabil J*, 43(1), 72-75. <https://doi.org/10.1037/prj0000400>
- Howes, O. D., Whitehurst, T., Shatalina, E., Townsend, L., Onwordi, E. C., Mak, T. L. A., Arumham, A., O'Brien, O., Lobo, M., Vano, L., Zahid, U., Butler, E., & Osugo, M. (2021). The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(1), 75-95. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20822>
- Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M., Peter, N., Arndt, T., Backers, L., Rothe, P., Cipriani, A., Davis, J., Salanti, G., & Leucht, S. (2019). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 394(10202), 939-951. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31135-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31135-3)
- Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M., Peter, N., Arndt, T., Bäckers, L., Rothe, P., Cipriani, A., Davis, J., Salanti, G., & Leucht, S. (2019). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 394(10202), 939-951. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31135-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31135-3)
- Hwong, A., Wang, K., Bent, S., & Mangurian, C. (2019). Breast Cancer Screening in Women With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv*, 263-268. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900318>
- Inchausti, F., Garcia-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Ortuno-Sierra, J., Sanchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Aldaz-Armendariz, J. A., Mole, J., Dimaggio, G., Ottavi, P., & Fonseca-Pedrero, E. (2018). The Effects of Metacognition-Oriented Social Skills Training on Psychosocial Outcome in Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Schizophr Bull*, 44(6), 1235-1244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx168>
- Jabar, L. S. A., Sørensen, H. J., Nordentoft, M., Hjorthøj, C., & Albert, N. (2021). Associations between duration of untreated psychosis and domains of positive and negative symptoms persist after 10 years of follow-up: A secondary analysis from the OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 228, 575-580. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.027>
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J. I., & Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000524. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000524.pub2>

- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., Selten, J. P., Turner, C., Arango, C., Tarricone, I., Berardi, D., Tortelli, A., Llorca, P. M., de Haan, L., Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuán, J., Santos, J. L., Arrojo, M., . . . Kirkbride, J. B. (2018). Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*, *75*(1), 36-46. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>
- Kahn, R. S., Winter van Rossum, I., Leucht, S., McGuire, P., Lewis, S. W., Leboyer, M., Arango, C., Dazzan, P., Drake, R., Heres, S., Díaz-Caneja, C. M., Rujescu, D., Weiser, M., Galderisi, S., Glenthøj, B., Eijkemans, M. J. C., Fleischhacker, W. W., Kapur, S., & Sommer, I. E. (2018). Amisulpride and olanzapine followed by open-label treatment with clozapine in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder (OPTiMiSE): a three-phase switching study. *Lancet Psychiatry*, *5*(10), 797-807. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30252-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30252-9)
- Kane, J. M., Kishimoto, T., & Correll, C. U. (2013). Assessing the comparative effectiveness of long-acting injectable vs. oral antipsychotic medications in the prevention of relapse provides a case study in comparative effectiveness research in psychiatry. *J Clin Epidemiol*, *66*(8 Suppl), S37-41. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.01.012>
- Kane, J. M., Schooler, N. R., Marcy, P., Correll, C. U., Achtyes, E. D., Gibbons, R. D., & Robinson, D. G. (2020). Effect of Long-Acting Injectable Antipsychotics vs Usual Care on Time to First Hospitalization in Early-Phase Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *77*(12), 1217-1224. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2076>
- Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M. F., Young, A. S., Degenhardt, A., & Hong, S.-H. (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *177*(9), 868-872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
- Keller-Varady, K., Varady, P. A., Röh, A., Schmitt, A., Falkai, P., Hasan, A., & Malchow, B. (2018). A systematic review of trials investigating strength training in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*, *192*, 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.008>
- Kelly, J. R., Gounden, P., McLoughlin, A., Legris, Z., O'Carroll, T., McCafferty, R., Marques, L., Haran, M., Farrelly, R., Loughrey, K., Flynn, G., Corvin, A., & Dolan, C. (2022). Minding metabolism: targeted interventions to improve cardio-metabolic monitoring across early and chronic psychosis. *Ir J Med Sci*, *191*(1), 337-346. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02576-5>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, *20*(4), 359-364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Killackey, E., Allott, K., Jackson, H. J., Scutella, R., Tseng, Y. P., Borland, J., Proffitt, T. M., Hunt, S., Kay-Lambkin, F., Chinnery, G., Baksheev, G., Alvarez-Jimenez, M., McGorry, P. D., & Cotton, S. M. (2019). Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, *214*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.191>
- Killackey, E., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry*, *193*(2), 114-120. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.043109>
- Kirli, U., & Alptekin, K. (2021). Pharmacotherapy of Schizophrenia in Acute and Maintenance Phase. *Noro Psikiyatrs Ars*, *58*(Suppl 1), S17-S23. <https://doi.org/10.29399/npa.27441>
- Kolder, R. M. C. A. (2021). *Virtual reality for research and treatment of psychosis*. [Vrije Universiteit Amsterdam]. <https://research.vu.nl/en/publications/virtual-reality-for-research-and-treatment-of-psychosis>
- Lal, S., Abdel-Baki, A., Sujanani, S., Bourbeau, F., Sahed, I., & Whitehead, J. (2020). Perspectives of Young Adults on Receiving Telepsychiatry Services in an Urban Early Intervention Program for First-Episode Psychosis: A Cross-Sectional, Descriptive Survey Study. *Front Psychiatry*, *11*, 117. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00117>
- Larsen-Barr, M., Seymour, F., Read, J., & Gibson, K. (2018). Attempting to stop antipsychotic medication: success, supports, and efforts to cope. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *53*(7), 745-756. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1518-x>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., Janavs, J., & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*(5), 224-231. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Leuci, E., Quattrone, E., Pellegrini, P., & Pelizza, L. (2020). The «Parma-Early Psychosis» program: General description and process analysis after 5 years of clinical activity. *Early Interv Psychiatry*, *14*(3), 356-364. <https://doi.org/10.1111/eip.12897>



- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv*, 56(6), 735-742. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>
- Liu, C. C., & Takeuchi, H. (2020). Achieving the Lowest Effective Antipsychotic Dose for Patients with Remitted Psychosis: A Proposed Guided Dose-Reduction Algorithm. *CNS Drugs*, 34(2), 117-126. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00682-8>
- Lodha, P., & De Sousa, A. (2020). Cognitive Behavioural Therapy and Its Role in the Outcome and Recovery from Schizophrenia. In A. Shrivastava & A. De Sousa (Eds.), *Schizophrenia Treatment Outcomes: An Evidence-Based Approach to Recovery* (pp. 299-312). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-19847-3\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-030-19847-3_26)
- Lora, A., Bai, G., Bianchi, S., Bolongaro, G., Civenti, G., Erlicher, A., Maresca, G., Monzani, E., Panetta, B., Von Morgen, D., Rossi, F., Torri, V., & Morosini, P. (2001). The Italian version of HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), a scale for evaluating the outcomes and the severity in mental health services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 10(3), 198-204. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00005339>
- Maj, M., van Os, J., De Hert, M., Gaebel, W., Galderisi, S., Green, M. F., Guloksuz, S., Harvey, P. D., Jones, P. B., Malaspina, D., McGorry, P., Miettunen, J., Murray, R. M., Nuechterlein, K. H., Peralta, V., Thornicroft, G., van Winkel, R., & Ventura, J. (2021). The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry*, 20(1), 4-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20809>
- Martinotti G., Montemitro C., Pettorruso M., Di Nicola M., Vannini C., Baroni G., Tittozzi B., Calntelmi V., Alessandrini M., Ducci G., Di Giannantonio M. Research and Advances in Psychiatry 2017, 4 (1): 7-12
- McDonagh, M. S., Dana, T., Selph, S., Devine, E. B., Cantor, A., Bougatsos, C., Blazina, I., Grusing, S., Fu, R., Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., & Haupt, D. W. (2017). AHRQ Comparative Effectiveness Review. In *Treatments for Schizophrenia in Adults: A Systematic Review* Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29537779/>
- McDonagh, M. S., Dana, T., Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., Blazina, I., Bougatsos, C., Grusing, S., & Selph, S. S. (2022). Psychosocial interventions for adults with schizophrenia: An overview and update of systematic reviews. *Psychiatric Services*, 73(3), 299-312. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000649>
- McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process*, 55(3), 460-482. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/famp.12235>
- McGorry, P. D., & Killackey, E. J. (2002). Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 11(4), 237-247. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00005807>
- McGorry, P. D., Yung, A. R., & Phillips, L. J. (2003). The "Close-in" or Ultra High-Risk Model: A Safe and Effective Strategy for Research and Clinical Intervention in Prepsychotic Mental Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 771-790. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007046>
- McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S., Cosgrave, E. M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S., & Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 59(10), 921-928. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.10.921>
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*, 2, 13. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-13>
- Mei, C., van der Gaag, M., Nelson, B., Smit, F., Yuen, H. P., Berger, M., Krmar, M., French, P., Amminger, G. P., Bechdolf, A., Cuijpers, P., Yung, A. R., & McGorry, P. D. (2021). Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 86, 102005. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102005>
- Meneghelli, A., Ciancaglini, P., Di Domenico, M., Mazzola, A., Ghio, L., & Preti, A. (2023). Implementation of early intervention clinical services within the National Health System in Italy: Third wave survey with focus on structures, resources, and fidelity to the evidence-based model. *Early Interv Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.13380>
- Meneghelli A. & Monzani D. (2023). *Nel Futuro della Salute Mentale. L'attualità di Angelo Cocchi*. Edizioni Ermes
- Meneghelli A., Monzani E., Perdurani M. (2019). *Stati mentali a rischio. Riconoscere, prevenire, curare nei giovani*. Edizioni Il Pensiero Scientifico
- Meneghelli, A., & Ruggeri, M. (2016). *Le prime fasi della psicosi*. <https://pensiero.it/catalogo/libri/professionisti/le-prime-fasi-della-psicosi>
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Cannon, T., Ventura, J., McFarlane, W., Perkins, D. O., Pearlson, G. D., & Woods, S. W. (2003). Prodromal assessment with the structured interview for

- prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull*, 29(4), 703-715. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007040>
- Ministero della Salute. (2007). *Gli interventi precoci nella schizofrenia*. Rome, Italy. Retrieved from [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_714\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_714_allegato.pdf)
- Ministero della Salute. (2014). *DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA DA ATTIVARE NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE PER I DISTURBI SCHIZOFRENICI, I DISTURBI DELL'UMORE E I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ*. Rome, Retrieved from [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2461\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2461_allegato.pdf)
- Ministry of Health and Consumer Affairs Practice. (2009). *Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder*. Retrieved from [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC\\_495\\_Schizophrenia\\_compl\\_en.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_495_Schizophrenia_compl_en.pdf)
- Montemitro, C., D'Andrea, G., Cesa, F., Martinotti, G., Pettorruso, M., Di Giannantonio, M., Muratori, R., & Tarricone, I. (2021). Language proficiency and mental disorders among migrants: A systematic review. *Eur Psychiatry*, 64(1), e49. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2224>
- Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G., & Murray, R. M. (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull*, 36(4), 655-664. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq051>
- Morgan, C., Knowles, G., & Hutchinson, G. (2019). Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry*, 18(3), 247-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20655>
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S., & Bentall, R. P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 185, 291-297. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.291>
- Mueser, K. T., Achtyes, E. D., Gogate, J., Mancevski, B., Kim, E., & Starr, H. L. (2022). Telehealth-Based Psychoeducation for Caregivers: The Family Intervention in Recent-Onset Schizophrenia Treatment Study. *JMIR Ment Health*, 9(4), e32492. <https://doi.org/10.2196/32492>
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*, 9, 465-497. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
- Murray RM, Quigley H, Quattrone D, et al. Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis. *World Psychiatry* 2016;15(3):195-204. doi: 10.1002/wps.20341 [published Online First: 2016/10/08]
- Naeem, F., Khoury, B., Munshi, T., Ayub, M., Lecomte, T., Kingdon, D., & Farooq, S. (2016). Brief Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) for Schizophrenia: Literature Review and Meta-analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(1), 73-86. [https://doi.org/10.1521/ijct\\_2016\\_09\\_04](https://doi.org/10.1521/ijct_2016_09_04)
- Napa, W., Tungpunkom, P., & Pothimas, N. (2017). Effectiveness of family interventions on psychological distress and expressed emotion in family members of individuals diagnosed with first-episode psychosis: a systematic review. *JBISRIR*, 15(4), 1057-1079. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003361>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2013). *Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People* [Text]. British Psychological Society (UK). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109783/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. In *Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management*. British Psychological Society
- Copyright © The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2013 . <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/resources>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/Recommendations#subsequent-acute-episodes-of-psychosis-or-schizophrenia-and-referral-in-crisis%202>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/resources/coexisting-severe-mental-illness-and-substance-misuse-community-health-and-social-care-services-pdf-1837520014021>
- National Institute for Clinical Excellence. (2019). *Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical Guidance [CG76]. 2009 (last checked March 2019)*; <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG76>.
- Nieman, D. H., & McGorry, P. D. (2015). Detection and treatment of at-risk mental state for developing a first psychosis: making up the balance. *The Lancet Psychiatry*, 2(9), 825-834. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00221-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00221-7)

- Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., & Anderson, E. (2017). Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults. *Can J Psychiatry*, 62(9), 617-623. <https://doi.org/10.1177/0706743717719894>
- O'Donoghue, B., Mifsud, N., Castagnini, E., Langstone, A., Thompson, A., Killackey, E., & McGorry, P. (2022). A single-blind, randomised controlled trial of a physical health nurse intervention to prevent weight gain and metabolic complications in first-episode psychosis: the Physical Health Assistance in Early Psychosis (PHAsTER) study. *BJPsych Open*, 8(6), e189. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.590>
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X., & Kulkarni, J. (2012). Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophr Res Treatment*, 2012, 916198. <https://doi.org/10.1155/2012/916198>
- Oksuz, E., Karaca, S., Ozaltin, G., & Ates, M. A. (2017). The Effects of Psychoeducation on the Expressed Emotion and Family Functioning of the Family Members in First-Episode Schizophrenia. *Community Ment Health J*, 53(4), 464-473. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0086-y>
- Oliver, D., Arribas, M., Radua, J., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Spada, G., Mensi, M. M., Kotlicka-Antczak, M., Borgatti, R., Solmi, M., Shin, J. I., Woods, S. W., Addington, J., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2022). Prognostic accuracy and clinical utility of psychometric instruments for individuals at clinical high-risk of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 27(9), 3670-3678. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01611-w>
- Orsolini, L., Chiappini, S., Corkery, J. M., Guirguis, A., Papanti, D., & Schifano, F. (2019). The use of new psychoactive substances (NPS) in young people and their role in mental health care: a systematic review. *Expert Rev Neurother*, 19(12), 1253-1264. <https://doi.org/10.1080/14737175.2019.1666712>
- Osservatorio Regionale sul Fenomeno Migratorio. (2021). *L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna*. Retrieved 10 august 2023 from <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2021/immigrazione-straniera-in-emilia-romagna>
- Ostuzzi, G., Vita, G., Bertolini, F., Tedeschi, F., De Luca, B., Gastaldon, C., Nose, M., Papola, D., Purgato, M., Del Giovane, C., Correll, C. U., & Barbui, C. (2022). Continuing, reducing, switching, or stopping antipsychotics in individuals with schizophrenia-spectrum disorders who are clinically stable: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 9(8), 614-624. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00158-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00158-4)
- PEC Psicosi Esordio e Comorbidita: PDTA. Regione Veneto 2019 [https://www.sifoweb.it/images/pdf/eventi-ed-ecm/atrici-eventi/patrocini-congressi/PDTA\\_PEC\\_ok.pdf](https://www.sifoweb.it/images/pdf/eventi-ed-ecm/atrici-eventi/patrocini-congressi/PDTA_PEC_ok.pdf)
- Pelizza, L., Azzali, S., Paterlini, F., Scazza, I., Garlassi, S., Chiri, L. R., Poletti, M., Pupo, S., & Raballo, A. (2018). The Italian Version of the Brief 21-Item Prodromal Questionnaire: Field Test, Psychometric Properties and Age-Sensitive Cut-Offs. *Psychopathology*, 51(4), 234-244. <https://doi.org/10.1159/000490708>
- Pelizza, L., Ficarelli, M. L., Vignali, E., Artoni, S., Franzini, M. C., Montanaro, S., Andreoli, M. V., Marangoni, S., Ciampa, E., Erlicher, D., Troisi, E., & Pupo, S. (2020). Individual placement and support in Italian young adults with mental disorder: Findings from the Reggio Emilia experience. *Early Interv Psychiatry*, 14(5), 577-586. <https://doi.org/10.1111/eip.12883>
- Pelizza, L., Paterlini, F., Azzali, S., Garlassi, S., Scazza, I., Pupo, S., Simmons, M., Nelson, B., & Raballo, A. (2019). The approved Italian version of the comprehensive assessment of at-risk mental states (CAARMS-ITA): Field test and psychometric features. *Early Interv Psychiatry*, 13(4), 810-817. <https://doi.org/10.1111/eip.12669>
- Pelizza, L., Raballo, A., Semrov, E., Chiri, L. R., Azzali, S., Scazza, I., Garlassi, S., Paterlini, F., Fontana, F., Favazzo, R., Pensieri, L., Fabiani, M., Cioncolini, L., & Pupo, S. (2019). Validation of the "early detection Primary Care Checklist" in an Italian community help-seeking sample: The "checklist per la Valutazione dell'Esordio Psicotico". *Early intervention in psychiatry*, 13(1), 86-94. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.12455>
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 205(2), 88-94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>
- Peter R. Breggin. (2018). *LA SOSPENSIONE DEGLI PSICOFARMACI – Un manuale per i medici prescrittori, i terapeuti, i pazienti e le loro famiglie*. <https://www.fioritieditore.com/prodotto/la-sospensione-degli-psicofarmaci-un-manuale-per-i-medici-prescrittori-i-terapeuti-i-pazienti-e-le-loro-famiglie/>
- Plaistow, J., Masson, K., Koch, D., Wilson, J., Stark, R. M., Jones, P. B., & Lennox, B. R. (2014). Young people's views of UK mental health services. *Early Interv Psychiatry*, 8(1), 12-23. <https://doi.org/10.1111/eip.12060>
- Purgato, M., Carswell, K., Tedeschi, F., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Bajbouj, M., Baumgartner, J., Biondi, M., Churchill, R., Cuijpers, P., Koesters, M., Gastaldon, C., Ilkkursun, Z., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G.,



- Papola, D., Popa, M., . . . Barbui, C. (2021). Effectiveness of Self-Help Plus in Preventing Mental Disorders in Refugees and Asylum Seekers in Western Europe: A Multinational Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*, 90(6), 403-414. <https://doi.org/10.1159/000517504>
- Randall, L. A., Raisin, C., Waters, F., Williams, C., Shymko, G., & Davis, D. (2023). Implementing telepsychiatry in an early psychosis service during COVID-19: Experiences of young people and clinicians and changes in service utilization. *Early Interv Psychiatry*, 17(5), 470-477. <https://doi.org/10.1111/eip.13342>
- Ratheesh, A., & Alvarez-Jimenez, M. (2022). The future of digital mental health in the post-pandemic world: Evidence-based, blended, responsive and implementable. *Aust N Z J Psychiatry*, 56(2), 107-109. <https://doi.org/10.1177/00048674211070984>
- Regione Emilia-Romagna. (2013). *Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità*. Retrieved 8 august 2023 from [https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/archivio-documenti-tecnici/linee-guida/disturbi\\_gravi\\_personalita\\_linee.pdf](https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/archivio-documenti-tecnici/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_linee.pdf)
- Regione Emilia-Romagna. (2013). *Promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: "Progetto Adolescenza"*. Retrieved 10 august 2023 from <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza/documenti/adolescenza-le-linee-di-indirizzo>
- Regione Emilia-Romagna. (2016). *RACCOMANDAZIONI REGIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE IN PERSONE ALL'ESORDIO PSICOTICO*. Retrieved 9 august 2023 from <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/archivio-documenti-tecnici/linee-guida/raccomandazioni-regionali-esordio-psicotico-2016>
- Regione Emilia-Romagna. (2017). Percorsi di Cura di Salute Mentale per Adolescenti e Giovani Adulti [https://www.google.com/search?q=Programma+Regionale+14-25%E2%80%9D+\(Regione+Emilia+Romagna%2C+2017\)&rlz=1C1ONGR\\_itIT1031IT1031&oq=Programma+Regionale+1425%E2%80%9D+\(Regione+Emilia+Romagna%2C+2017\)&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIKCAEQABiABBiiBDIKCAIQABiABBiiBDIKCAMQABiABBiiBNIBCDU5NTBqMGo3qAIAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Programma+Regionale+14-25%E2%80%9D+(Regione+Emilia+Romagna%2C+2017)&rlz=1C1ONGR_itIT1031IT1031&oq=Programma+Regionale+1425%E2%80%9D+(Regione+Emilia+Romagna%2C+2017)&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIKCAEQABiABBiiBDIKCAIQABiABBiiBDIKCAMQABiABBiiBNIBCDU5NTBqMGo3qAIAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- Regione Emilia Romagna. (2024) Aggiornamento Linee di Indirizzo Disturbo Borderline di Personalità
- Robinson, D. G., Schooler, N. R., Correll, C. U., John, M., Kurian, B. T., Marcy, P., Miller, A. L., Pipes, R., Trivedi, M. H., & Kane, J. M. (2018). Psychopharmacological Treatment in the RAISE-ETP Study: Outcomes of a Manual and Computer Decision Support System Based Intervention. *Am J Psychiatry*, 175(2), 169-179. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16080919>
- Robinson, D. G., Schooler, N. R., U., C. C., John, M., Kurian, B. T., Marcy, P., Miller, A., Pipes, R., Trivedi, M., & Kane, J. (2018). Psychopharmacological Treatment in the RAISE-ETP Study: Outcomes of a Manual and Computer Decision Support System Based Intervention. *American Journal of Psychiatry*, 175(2), 169-179. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16080919>
- Royal Society for Public Health. (2018). Report on the use and effectiveness of health peer education for young people in European countries, European Youth Health Champions Project. <https://network.streetgames.org/sites/default/files/European%2520Youth%2520Health%2520Champions%2520Research%2520Report.pdf>
- Romain, A. J., Fankam, C., Karelis, A. D., Letendre, E., Mikolajczak, G., Stip, E., & Abdel-Baki, A. (2019). Effects of high intensity interval training among overweight individuals with psychotic disorders: A randomized controlled trial. *Schizophr Res*, 210, 278-286. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.12.021>
- Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., Fioritti, A., de Girolamo, G., Santonastaso, P., Pileggi, F., Neri, G., Ghigi, D., Giubilini, F., Miceli, M., Scarone, S., Cocchi, A., Torresani, S., Faravelli, C., Cremonese, C., Scocco, P., Leuci, E., Mazzi, F., . . . Group, T. G. U. (2015). Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants. *Schizophrenia Bulletin*, 41(5), 1192-1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv058>
- Ruggeri M. & Meneghelli A. (2016) *Le prime fasi della psicosi - Manuale per la formazione dei professionisti, il trattamento e la valutazione dell' esito nei dipartimenti di salute mentale*. Editore il Pensiero Scientifico
- Ruggeri, M., & Tansella, M. (2011). New perspectives in the psychotherapy of psychoses at onset: evidence, effectiveness, flexibility, and fidelity. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 20(2), 107-111. <https://doi.org/10.1017/s2045796011000357>
- Salazar de Pablo, G., Catalan, A., & Fusar-Poli, P. (2020). Clinical Validity of DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome: Advances in Diagnosis, Prognosis, and Treatment. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 311-320. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3561>

- Salazar de Pablo, G., Radua, J., Pereira, J., Bonoldi, I., Arienti, V., Besana, F., Soardo, L., Cabras, A., Fortea, L., Catalan, A., Vaquerizo-Serrano, J., Coronelli, F., Kaur, S., Da Silva, J., Shin, J. I., Solmi, M., Brondino, N., Politi, P., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2021). Probability of Transition to Psychosis in Individuals at Clinical High Risk: An Updated Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 970-978. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0830>
- Salazar de Pablo, G., Soardo, L., Cabras, A., Pereira, J., Kaur, S., Besana, F., Arienti, V., Coronelli, F., Shin, J. I., Solmi, M., Petros, N., Carvalho, A. F., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2022). Clinical outcomes in individuals at clinical high risk of psychosis who do not transition to psychosis: a meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e9, Article e9. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000639>
- Santesteban-Echarri, O., Paino, M., Rice, S., Gonzalez-Blanch, C., McGorry, P., Gleeson, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2017). Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*, 58, 59-75. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.007>
- Savill, M., D'Ambrosio, J., Cannon, T. D., & Loewy, R. L. (2018). Psychosis risk screening in different populations using the Prodromal Questionnaire: A systematic review. *Early intervention in psychiatry*, 12(1), 3-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.12446>
- Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K., Riecher-Rössler, A., van der Gaag, M., Meneghelli, A., Nordentoft, M., Marshall, M., Morrison, A., Raballo, A., Klosterkötter, J., & Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*, 30(3), 388-404. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.013>
- Schoretsanitis, G., Kane, J. M., Correll, C. U., & Rubio, J. M. (2022). Predictors of Lack of Relapse After Random Discontinuation of Oral and Long-acting Injectable Antipsychotics in Clinically Stabilized Patients with Schizophrenia: A Re-analysis of Individual Participant Data. *Schizophr Bull*, 48(2), 296-306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab091>
- Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M. C., & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *Eur Psychiatry*, 30(3), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.012>
- Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry*, 154(12), 1641-1647. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1641>
- Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. (2012). *Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie nel territorio*.
- Shah, J. L., Jones, N., van Os, J., McGorry, P. D., & Gülöksüz, S. (2022). Early intervention service systems for youth mental health: Integrating pluripotentiality, clinical staging, and transdiagnostic lessons from early psychosis. *The Lancet Psychiatry*, 9(5), 413-422. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00467-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00467-3)
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 56, 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002>
- Slade, M., & Sweeney, A. (2020). Rethinking the concept of insight. *World Psychiatry*, 19(3), 389-390. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20783>
- Slotema, C. W., Blom, J. D., Niemantsverdriet, M. B. A., Deen, M., & Sommer, I. E. C. (2018). Comorbid Diagnosis of Psychotic Disorders in Borderline Personality Disorder: Prevalence and Influence on Outcome. *Front Psychiatry*, 9, 84. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00084>
- Smith, J., Griffiths, L. A., Band, M., Hird-Smith, R., Williams, B., Bold, J., Bradley, E., Dilworth, R., & Horne, D. (2020). Early Intervention in Psychosis: Effectiveness and Implementation of a Combined Exercise and Health Behavior Intervention Within Routine Care. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 11, 577691. <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.577691>
- Smith, L., Nathan, P., Juniper, U., Kingsep, P., & Lim, L. (2003). *Terapia Cognitivo Comportamentale per i Sintomi Psicotici: Manuale per i Terapisti*. Australia: Centre for Clinical Interventions (Edizione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi AUSL Modena, 2013 ed.).
- Soneson, E., Russo, D., Stochl, J., Heslin, M., Galante, J., Knight, C., Grey, N., Hodgekins, J., French, P., Fowler, D., Lafortune, L., Byford, S., Jones, P. B., & Perez, J. (2020). Psychological interventions for people with psychotic experiences: A systematic review and meta-analysis of controlled and uncontrolled effectiveness and economic studies. *Aust N Z J Psychiatry*, 54(7), 673-695. <https://doi.org/10.1177/0004867420913118>



- Spellmann, I., Schennach, R., Seemuller, F., Meyer, S., Musil, R., Jager, M., Schmauss, M., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L. G., Gaebel, W., Klosterkotter, J., Heuser, I., Bauer, M., Adli, M., Zeiler, J., Bender, W., Kronmuller, K. T., . . . Moller, H. J. (2017). Validity of remission and recovery criteria for schizophrenia and major depression: comparison of the results of two one-year follow-up naturalistic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, *267*(4), 303-313. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0741-2>
- Stahl, S. M. (2014). Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be first? *CNS Spectr*, *19*(1), 3-5. <https://doi.org/10.1017/S1092852913001016>
- Starace, F., Mazzi, F., Tedeschini, E., & al., e. (2014). *Terapia cognitivo comportamentale per i sintomi psicotici. Manuale per i terapeuti*. Australia: Centre for Clinical Intervention. Edizione italiana. (Smith I., Nathan P., Juniper U., Kingsep P, Lim I.)
- Starace, F., Mazzi, F., Tedeschini, E., Mungai, F., Ferrara, M., Carra, E., Kusmann, F., Baraldi, S., Lukacs, K. M., Solignani, G., Musella, V., & Cervone, A. (2011). REFOCUS Promoting recovery in community mental health services Rethink recovery series: volume 4 REFOCUS Promuovere la recovery nei servizi di salute mentale di comunità. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/materiale-informativo/archivio/manuali/refocus-manuale-per-promuovere-la-recovery-nei-servizi-di-salute-mentale-d-i-comunita>
- Starace, F., Mungai, F., & Barbui, C. (2018). Does mental health staffing level affect antipsychotic prescribing? Analysis of Italian national statistics. *PLoS ONE*, *13*(2), e0193216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193216>
- Stevens, G. L., Dawson, G., & Zummo, J. (2016). Clinical benefits and impact of early use of long-acting injectable antipsychotics for schizophrenia. *Early intervention in psychiatry*, *10*(5), 365-377. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.12278>
- Stoll, J., Sadler, J. Z., & Trachsel, M. (2020). The Ethical Use of Telepsychiatry in the Covid-19 Pandemic. *Front Psychiatry*, *11*, 665. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00665>
- Stubbs, B., Williams, J., Gaughran, F., & Craig, T. (2016). How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*, *171*(1-3), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.034>
- Studerus, E., Ittig, S., Beck, K., Del Cacho, N., Vila-Badia, R., Butjosa, A., Usall, J., & Riecher-Rössler, A. (2021). Relation between self-perceived stress, psychopathological symptoms and the stress hormone prolactin in emerging psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, *136*, 428-434. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.014>
- Tarricone, I., Atti, A. R., Braca, M., Pompei, G., Morri, M., Poggi, F., Melega, S., Stivanello, E., Tonti, L., Nolet, M., & Berardi, D. (2011). Migrants referring to the Bologna Transcultural Psychiatric Team: reasons for drop-out. *Int J Soc Psychiatry*, *57*(6), 627-630. <https://doi.org/10.1177/0020764010382368>
- Tarricone, I., Boydell, J., Kokona, A., Triolo, F., Gamberini, L., Sutti, E., Marchetta, M., Menchetti, M., Di Forti, M., Murray, R. M., Morgan, C., & Berardi, D. (2016). Risk of psychosis and internal migration: Results from the Bologna First Episode Psychosis study. *Schizophr Res*, *173*(1-2), 90-93. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.032>
- Tarricone, I., D'Andrea, G., Jongsma, H. E., Tosato, S., Gayer-Anderson, C., Stilo, S. A., Suprani, F., Iyegbe, C., van der Ven, E., Quattrone, D., di Forti, M., Velthorst, E., Rossi Menezes, P., Arango, C., Parellada, M., Lasalvia, A., La Cascia, C., Ferraro, L., Bobes, J., . . . Morgan, C. (2022). Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. *Psychological Medicine*, *52*(14), 2972-2984. <https://doi.org/10.1017/S003329172000495X>
- Taylor, D. M., Barnes, T. R. E., & Young, A. H. (2021). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry* (Blackwell Pub, Ed. 14° ed.).
- Taylor, J. H., & Huque, Z. M. (2021). Commentary: Schizophrenia prevention and prodromal psychosis in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *62*(5), 674-676. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.13408>
- Taylor, K. H., & Huque, Z. M. (2021). Commentary: Schizophrenia prevention and prodromal psychosis in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *62*(5), 674-676. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.13408>
- Thomas, E. C., Suarez, J., Lucksted, A., Siminoff, L. A., Hurford, I., Dixon, L. B., O'Connell, M., Penn, D. L., & Salzer, M. S. (2021). Facilitating treatment engagement for early psychosis through peer-delivered decision support: intervention development and protocol for pilot evaluation. *Pilot Feasibility Stud*, *7*(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00927-8>
- Thompson, K. N., Cavelti, M., & Chanen, A. M. (2019). Psychotic symptoms in adolescents with borderline personality disorder features. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(7), 985-992. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1257-2>

- Thorup A.E., Larsen T.M. et al. 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* 2018; 197: 298–304 <https://figliinpenombra.it/chi-siamo/>
- Tilbrook, D., Polsky, J., & Lofters, A. (2010). Are women with psychosis receiving adequate cervical cancer screening? *Can Fam Physician*, 56(4), 358-363.
- Tomassi, S., Tarricone, I., Tosato, S. (2019). Psychiatric Disorders. In: Tarricone, I., Riecher-Rössler, A. (eds) *Health and Gender*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-15038-9\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-030-15038-9_23)
- Tsuang, M. T., Van Os, J., Tandon, R., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., & Carpenter, W. (2013). Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res*, 150(1), 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.004>
- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2018). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull*, 44(3), 475-491. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx146>
- Vila-Badia, R., Butjosa, A., Del Cacho, N., Serra-Arumí, C., Esteban-Sanjusto, M., Ochoa, S., & Usall, J. (2021). Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A systematic review. *Schizophrenia Research*, 228, 159-179. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.047>
- Vita, A., & Barlati, S. (2018). Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry*, 31(3), 246-255. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000407>
- Vyas, N. S., Birchwood, M., & Singh, S. P. (2015). Youth services: meeting the mental health needs of adolescents. *Ir J Psychol Med*, 32(1), 13-19. <https://doi.org/10.1017/ipm.2014.73>
- Wellesley Wesley, E., Patel, I., Kadra-Scalzo, G., Pritchard, M., Shetty, H., Broadbent, M., Segev, A., Patel, R., Downs, J., MacCabe, J. H., Hayes, R. D., & de Freitas, D. F. (2021). Gender disparities in clozapine prescription in a cohort of treatment-resistant schizophrenia in the South London and Maudsley case register. *Schizophrenia Research*, 232, 68-76. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2021.05.006>
- West, M. L., Parrish, E. M., & Friedman-Yakoobian, M. (2022). Treatment outcomes for young people at clinical high risk for psychosis: Data from a specialized clinic. *Early intervention in psychiatry*, 16(5), 500-508. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.13187>
- West, M. L., Parrish, E. M., Green, J., Howland, C., & Friedman-Yakoobian, M. (2022). Individualized vocational and educational support and training for youth at clinical high risk for psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 16(5), 492-499. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.13186>
- World Health Organization. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Gender and Mental Health*. In. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants: technical guidance*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342277>
- World Health Organization. (2021). *SELF-HELP PLUS (SH+)* (World Health Organization, Ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035119>
- Yauger, N. H., & Levinson, E. M. (1992). Wehman, P., & Moon, M. S. (Eds.). (1988). Vocational rehabilitation and supported employment. Baltimore: Brookes Publishing, 372 pp., \$43.00. *Psychology in the Schools*, 29(3), 293-295. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1520-6807%28199207%2929%3A3%3C293%3A%3AAID-PITS2310290315%3E3.O.CO%3B2-%23>
- Yoviene Sykes, L. A., Ferrara, M., Addington, J., Bearden, C. E., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., Perkins, D. O., Mathalon, D. H., Seidman, L. J., Tsuang, M. T., Walker, E. F., McGlashan, T. H., Woodberry, K. A., Powers, A. R., Ponce, A. N., Cahill, J. D., Pollard, J. M., Srihari, V. H., & Woods, S. W. (2020). Predictive validity of conversion from the clinical high risk syndrome to frank psychosis. *Schizophrenia Research*, 216, 184-191. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.12.002>
- Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*, 22(2), 353-370. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>
- Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Jackson, H. J., Patton, G. C., & Rakkar, A. (1996). Monitoring and Care of Young People at Incipient Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 283-303. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.283>
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res*, 67(2-3), 131-142. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(03\)00192-0](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(03)00192-0)

Zhang, G. F., Tsui, C. M., Lu, A. J. B., Yu, L. B., Tsang, H. W. H., & Li, D. (2017). Integrated Supported Employment for People With Schizophrenia in Mainland China: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(6), 7106165020p7106165021-7106165020p7106165028. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.024802>

Zhang, T., Xu, L., Chen, Y., Wei, Y., Tang, X., Hu, Y., Li, Z., Gan, R., Wu, G., Cui, H., Tang, Y., Hui, L., Li, C., & Wang, J. (2021). Conversion to psychosis in adolescents and adults: similar proportions, different predictors. *Psychol Med*, 51(12), 2003-2011. <https://doi.org/10.1017/s0033291720000756>

## 15. PER SAPERNE DI PIÙ

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/materiale-informativo/archivio-manuali/refocus-manuale-per-promuovere-la-ricovero-nei-servizi-di-salute-mentale-di-comunita>, «Refocus», manuale per promuovere la recovery nei servizi di salute mentale di comunità. Bird V., Leamy M., Le Boutillier C., Williams J., Slade M. «*Refocus: promoting recovery in community mental health services*». London: Rethink Mental Illness - Edizione italiana a cura di Starace F., Mazzi F, Azienda Usl di Modena, 2011

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/corsi-di-formazione-corso-rer-esordi-psicotici/index.html> Formazione Regionale sugli Esordi Psicotici 2013, AUSL di Modena

<https://hdl.handle.net/11392/2437613> Psicosi all'esordio: intervenire prima per migliorare gli esiti. Informazioni di base per i Nuclei di Cure Primarie. A cura di F. Starace per il Gruppo di Lavoro "Esordi Psicotici" DSM-DP Ausl di Modena, anno 2015

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/materiale-informativo/archivio/manuali/training-di-competenza-sociale-manuale-operativo-per-la-conduzione-di-gruppi-nella-salute-mentale-2015> «Training di competenza sociale»: manuale operativo per la conduzione di gruppi nella salute mentale, Azienda Usl di Ferrara; ottobre 2015.

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/archivio-documenti-tecnici/linee-guida/raccomandazioni-regionali-esordio-psicotico-2016> Raccomandazioni regionali per la promozione della salute e del benessere nelle persone con esordio psicotico, Circolare n. 2 dell'11 aprile 2016.

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/formazione/corso-di-formazione-regionale-esordi-psicotici-bologna-2019/corso-di-formazione-regionale-esordi-psicotici-bologna-2019>

[https://www.parliamoneinsieme.org/images/documenti/esordi%20psicotici/Circolare%204\\_2020\\_Raccomandazioni\\_antipsicotici%201.pdf](https://www.parliamoneinsieme.org/images/documenti/esordi%20psicotici/Circolare%204_2020_Raccomandazioni_antipsicotici%201.pdf)

[https://siep.it/wp-content/uploads/2017/04/AMA\\_Corlito.pdf](https://siep.it/wp-content/uploads/2017/04/AMA_Corlito.pdf) Insieme è meglio. Manuale per la collaborazione tra i gruppi d'auto-mutuo-aiuto e i servizi di salute mentale» di Magnani Nadia, Giuseppe Cardamone.

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/percorsi-di-cura/esordi>

## 16. NOMINATIVI GRUPPO DI LAVORO (GLR)

Alagia Noemi Psicologa Psicoterapeuta DSMDP AUSL di Imola  
Artioli Stefania Psicologa Psicoterapeuta DSMDP UOC Psicologia Territoriale AUSL di Bologna  
Belvederi Murri Martino Psichiatra Istituto di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione Università degli Studi di Ferrara  
Berardi Lorenzo Psichiatra DSMDP AUSL di Reggio Emilia  
Bettinardi Ornella Psicologa Psicoterapeuta DSMDP AUSL di Piacenza  
Cappucciati Marco Psichiatra DSMDP AUSL di Piacenza  
Ferrara Maria Psichiatra Istituto di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione Università degli Studi di Ferrara  
Forlani Claudia Psichiatra DSMDP AUSL della Romagna  
Gammino Lorenzo Psichiatra DSMDP AUSL di Bologna  
Ghedini Luca Psicologo Psicoterapeuta DSMDP UOC Psicologia Territoriale AUSL di Bologna  
Imbesi Massimiliano Psichiatra DSMDP AUSL di Piacenza  
Leuci Emanuela Psichiatra DSMDP AUSL di Parma  
Marchi Mattia Psichiatra DSMDP AUSL di Reggio Emilia  
Meregalli Enrico Psicologo Psicoterapeuta DSMDP AUSL della Romagna  
Mulazzani Laura Psicologa Psicoterapeuta DSMDP AUSL della Romagna  
Musella Vincenzo Psichiatra DSMDP AUSL di Modena  
Paderni Sara Psichiatra DSMDP AUSL di Reggio Emilia  
Papili Pietro Psichiatra DSMDP AUSL di Imola  
Parisoni Chiara Psichiatra DSMDP AUSL di Parma  
Pelizza Lorenzo Psichiatra Istituto di Psichiatria Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie Alma Mater Studiorum Università di Bologna e DSMDP AUSL di Bologna  
Scazza Iliaria Psicologa Psicoterapeuta DSMDP AUSL di Reggio Emilia  
Soldati Elena Psicologa Psicoterapeuta DSMDP AUSL della Romagna  
Starace Fabrizio Psichiatra DSMDP AUSL di Modena  
Tarricone Iliaria Psichiatra Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università degli Studi di Bologna e DSMDP AUSL di Bologna  
Vagnoni Elena Psicologa-Psicoterapeuta DSMDP AUSL della Romagna  
Vicini Stefania Neuropsichiatra Infantile DSMDP AUSL di Modena  
Zendrini Elisa Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica DSMDP AUSL di Imola  
Zotos Spyridon Psichiatra DSMDP AUSL di Ferrara

## 17. RINGRAZIAMENTI

Il Gruppo Regionale ringrazia gli operatori in elenco che hanno contribuito alla realizzazione del presente documento:

- Avanzi Damiano Psicologo in formazione specialistica in psicoterapia AUSL di Piacenza
- Macis Giulia medico in formazione specialistica in psichiatria, Università degli Studi di Ferrara
- Consulta Regionale e CUF/CUFO (Comitati Utenti Familiari Operatori) per la Salute Mentale dell'Emilia-Romagna, <https://www.parliamoneinsieme.org>
- Alessio Saponaro, Maristella Salaris, Sandra Ventura, Claudia Nerozzi, Regione Emilia-Romagna

## 18. APPENDICE 1

Scheda Monitoraggio stato Clinico e di salute

### Allegato 1- Monitoraggio dello stato di salute fisica metabolica

Frequenza dei controlli

CURE	Controllo	Inizio terapia	Ogni due settimane per le prime 8 settimane	A 3 mesi	Annuale*
Anamnesi fisiologica	<b>Fumo</b> <b>Abitudini alimentari</b> <b>Attività fisica/sportiva</b>	X		X	X
Parametri vitali	<b>Peso</b>	X	X	X	X
Parametri vitali	<b>Circonferenza addome</b>	X			X
Parametri vitali	<b>Pressione arteriosa</b> <b>Frequenza cardiaca</b>	X		X	X
Referti specialistica	<b>Glicemia a digiuno</b> <b>Emoglobina glicata</b>	X		X	X
Referti specialistica	<b>Assetto lipidico (Colesterolo TOT, LDL, HDL, TG)</b>	X		X	X

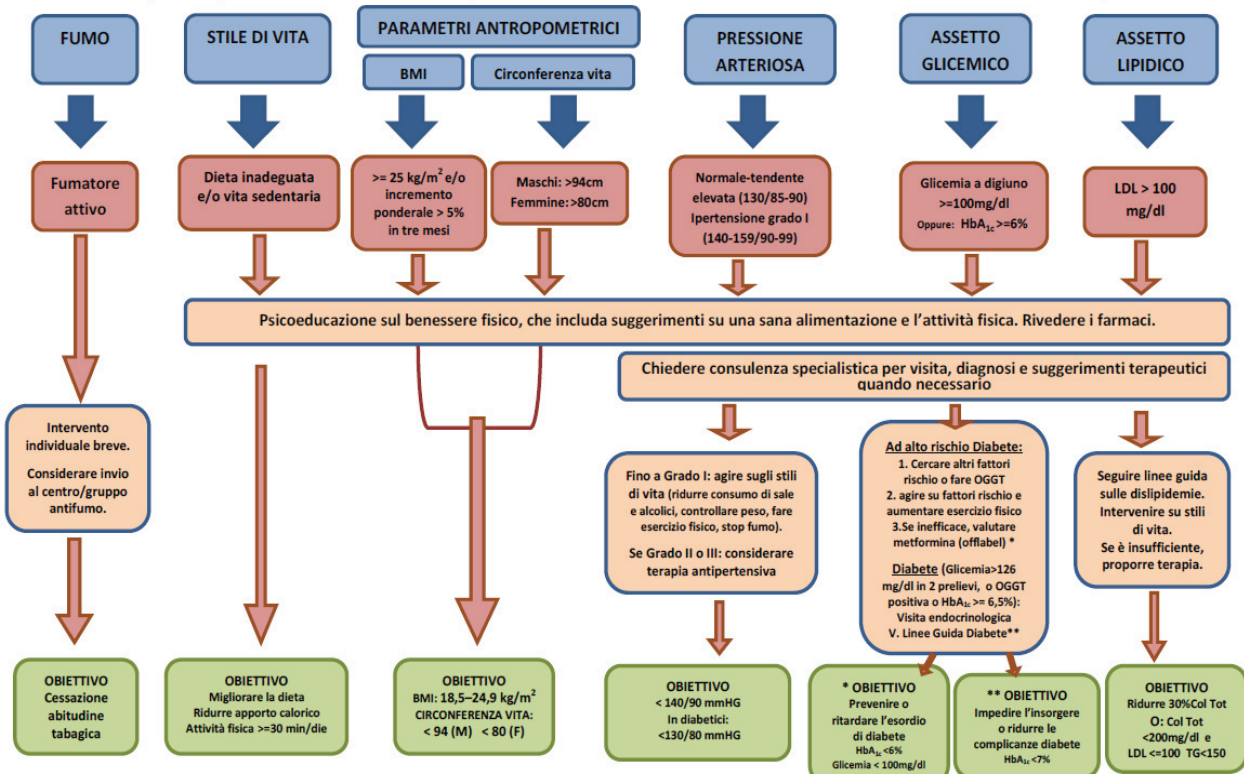
\* Nel caso si rilevino anomalie della salute fisica, occorre mettere in atto adeguate misure e rivedere la situazione almeno ogni tre mesi.

**Adattamento e traduzione da: Shiers D et al. 2014 update. Positive Cardiometabolic Health Resource: an intervention framework for patients with psychosis and schizophrenia. Royal College of Psychiatrists. London.**

Tabella tratta dalla Circolare n. 4/2020 Regione Emilia-Romagna, Direzione generale Cura della persona, salute e welfare "Raccomandazioni per l'impiego dei farmaci antipsicotici nel trattamento a lungo termine delle persone con disturbi schizofrenici".



Risorsa Operativa per la Salute Cardiometabolica | SCHEMA DI INTERVENTO PER PAZIENTI CHE ASSUMONO FARMACI ANTIPSICOTICI Modificato da <sup>1</sup>



Abbreviazioni:  
BMI = Indice massa corporea: peso/altezza (m<sup>2</sup>); Col tot = Colesterolo totale; LDL = Frazione colesterolo LDL; HDL = Frazione colesterolo HDL; TG = Trigliceridi; OGGT = Curva da carico di glucosio; HbA<sub>1c</sub> = emoglobina glicata

**Interventi:**  
Counselling nutrizionale: ridurre pasti già pronti e "junk" food, ridurre introito calorico per prevenire l'incremento ponderale, evitare bevande zuccherate o succhi di frutta, aumentare l'introduzione di fibre.  
Attività fisica: intervento strutturato di tipo psicoeducativo riguardo un salutare stile di vita. Consigliare attività fisica per almeno 30 minuti al giorno (ad es. camminata) o 150 minuti alla settimana.  
Se inefficace, dopo 3 mesi considerare specifici interventi farmacologici (vedi box a lato).

**Anamnesi e visita a seguito dell'introduzione o della rivalutazione della terapia antipsicotica.**  
Durante la valutazione:  
Anamnesi: storia di incremento ponderale soprattutto quando è stato rapido (es. > 5% in 1 mese).  
Valutare fumo, attività fisica, anamnesi familiare (diabete, obesità, malattia cardiovascolare in parenti di primo grado con età inferiore ai 60 anni), diabete gestazionale, sindrome dell'ovario policistico.  
Visita medica: peso, altezza, circonferenza vita, PA. Per i primi due mesi di terapia il peso va rilevato ogni 2 settimane, poi ogni sei mesi.  
Esami di laboratorio (a digiuno): glicemia, HbA<sub>1c</sub>, assetto lipidico (colesterolo totale, LDL, HDL, trigliceridi). ECG: Necessario se presente un'anamnesi personale o familiare positiva per malattia cardiovascolare, o se il paziente sta assumendo alcuni farmaci noti per causare alterazioni all'ECG (es: eritromicina, antidepressivi triciclici, anti aritmici... vedi <http://crediblemeds.org/evryone/composite-list-all-qtldrugs/?rf=All>).

**Lo screening non basta →  
INTERVENI!  
SU TUTTI I PAZIENTI NELLA  
"ZONA ROSSA"**

Questo algoritmo riguarda i pazienti cui sono stati prescritti antipsicotici; ciò non vieta che lo stesso possa essere applicato anche ad altri pazienti in terapia con psicofarmaci differenti. NB: alcuni farmaci psicotropi (es: litio, ac. Valproico, clozapina) necessitano di esami di laboratorio specifici, non contemplati in questo algoritmo.

Il MMG e lo psichiatra lavoreranno insieme per assicurare al paziente un attento monitoraggio ed un appropriato intervento clinico, rendendo partecipe il paziente nel processo decisionale.

Il MMG sarà la figura professionale di riferimento nel seguire gli interventi sulla salute fisica.

Lo psichiatra sarà invece il responsabile degli adeguamenti della terapia antipsicotica.

- Soggetti ad alto rischio di DMT2**
- IFG o IGT o progresso diabete gestazionale o HbA<sub>1c</sub> 6,4-6,9% (vedi pag. 7)
  - Età ≥ 45 anni, specialmente se con BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>
  - Età < 45 anni e una o più tra le seguenti condizioni:
    - inattività fisica
    - familiarità di primo grado per DMT2 (genitori, fratelli)
    - appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio
    - ipertensione arteriosa (≥ 140/90 mmHg) o terapia antipertensiva in atto
    - bassi livelli di colesterolo HDL (≤ 35 mg/dl) e/o elevati valori di trigliceridi (≥ 250 mg/dl)
    - nella donna, parto di un neonato di peso > 4 kg
    - basso peso alla nascita (< 2,5 kg)
    - sindrome dell'ovario policistico o altre condizioni di insulino-resistenza come l'acanthosis nigricans
    - evidenza clinica di malattie cardiovascolari
  - Ragazzi di età > 10 anni, con BMI > 85° percentile e due tra le seguenti condizioni:
    - familiarità di primo o secondo grado per DMT2
    - media con diabete gestazionale
    - segni di insulino-resistenza o condizioni associate (ipertensione, dislipidemia, acanthosis nigricans, ovario policistico, basso peso alla nascita)
    - appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio

**Specifici interventi farmacologici:**

**Linee guida Ipertensione Arteriosa:** Mancia G., Fagard R, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2013 Jul;34(28):2159-219. doi: 10.1093/eurheartj/ehf151. Epub 2013 Jun 14.

**Linee guida Dislipidemie:** Catapano AL, Reiner Z, et al., ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Atherosclerosis. 2011 Jul;217(1):3-46.

**Linee guida Diabete:**  
[http://www.aemmedi.it/pages/lineequida\\_e\\_raccomandazioni/](http://www.aemmedi.it/pages/lineequida_e_raccomandazioni/)

**Trattamento dei soggetti a rischio di diabete:**  
Quando gli interventi sullo stile di vita falliscono, considerare la metformina (MMG). Nota bene che l'uso off-label deve essere ben specificato in cartella e richiede uno specifico consenso informato. Cominciare con una dose bassa es 500 mg/die a salire, se tollerata dal punto di vista gastro intestinale, fino a 1500-2000 mg/die.

Rivedere la scelta dell'antipsicotico: è la priorità se c'è un rapido incremento ponderale (es: 5 % in un mese) dopo l'inizio dell'antipsicotico oppure se si presentano dislipidemie, alterazioni della PA o della glicemia entro i primi 3 mesi.  
Allo psichiatra è richiesto di identificare quale antipsicotico sia il possibile responsabile di queste alterazioni metaboliche e di considerare una prescrizione differente con minori effetti collaterali. I dosaggi prescritti dovrebbero seguire le linee guida, la terapia va razionalizzata ed evitata la polifarmacoterapia, quando possibile. Ponderare bene rischi e benefici di un eventuale switch di antipsicotico. I vantaggi di un switch verso un nuovo antipsicotico sono minimi se il paziente è in terapia da oltre un anno con beneficio clinico.

<sup>1</sup>M. Ferrara, F. Mungai, F. Starace. Adattamento italiano di "Positive Cardiometabolic Health Algorithm" da Curtis, J., Newall H. & Samaras, K. (2012) The heart of the matter: cardiometabolic care in youth with psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 2012; 6: 347-353.

Adapted for use with permission from Curtis J, Newall H, Samaras K. © HETI 2011

## INDICE

<b>Premessa</b>	p. 1
<b>1. OGGETTO</b>	1
<b>2. SCOPO</b>	1
<b>3. CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	1
<b>4. RESPONSABILITÀ</b>	4
<b>5. DEFINIZIONI</b>	5
<b>6. GRADING RACCOMANDAZIONI</b>	6
<b>7. ASPETTI GENERALI E DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGRAMMA</b>	7
7.1. Epidemiologia	7
7.2. Evoluzione dei percorsi di cura	7
7.3. Finalità generali	8
<b>8. FASI CHE CARATTERIZZANO IL PERCORSO RIVOLTO ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE NELLE PERSONE AD ALTO RISCHIO O ALLA PRIMA MANIFESTAZIONE PSICOTICA</b>	9
<b>8.1. Fase 1 - Identificazione di soggetti ad alto rischio di psicosi o con esordio psicotico</b>	9
8.1.1. Definizione degli stati a rischio	9
8.1.2. Identificazione precoce	10
8.1.3. Strumenti per lo screening	10
8.1.4. Valutazione e approfondimento diagnostico, formulazione del caso in persone ad alto rischio o con sospetto esordio psicotico	11
8.1.5. Strumenti Psicometrici	12
8.1.6. Trattamento delle persone ad alto rischio	14
<b>8.2. Fase 2 - Trattamento esordi psicotici: fase di scompenso psicotico acuto, esordio o ricaduta</b>	16
8.2.1. Caratteristiche dell'esordio psicotico	16
8.2.2. Obiettivi terapeutici correlati alla gestione della fase acuta	17
8.2.3. Intervento farmacologico nella fase acuta	19
8.2.4. Incontri individuali con l'utente, con utilizzo dell'approccio psicoterapeutico cognitivo e comportamentale	22
8.2.4.1. Efficacia del Modello d'intervento CBT	22
8.2.4.2. Incontri di psico-educazione familiare	23
8.2.5. Attività finalizzate alla recovery e inclusione sociale del paziente	23
8.2.6. Monitoraggio e promozione salute fisica	24
<b>8.3. Fase 3 - Trattamento esordi psicotici: fase di recupero dalla fase acuta, clinicamente stabilizzata - primi due anni</b>	25
8.3.1. La recovery nei primi due anni	25
8.3.2. Obiettivi per la promozione della recovery nella fase post-acuta	26
8.3.3. Intervento farmacologico	27
8.3.4. Incontri individuali con l'utente, con utilizzo di tecniche a indirizzo cognitivo comportamentale	27
8.3.5. Incontri di psico-educazione	27

8.3.6. Attività finalizzate alla recovery e inclusione sociale del paziente	29
8.3.7. Monitoraggio e promozione salute fisica	30
<b>8.4. Fase 4 - Trattamento esordi psicotici: fase clinicamente stabilizzata</b>	30
8.4.1. Caratteristiche della fase clinicamente stabilizzata	30
8.4.2. Obiettivi	31
8.4.3. Intervento farmacologico	31
<b>9. POPOLAZIONI SPECIFICHE</b>	33
9.1. Doppia Diagnosi	33
9.1.1. Uso di Cannabis e esordio psicotico	33
9.1.2. Inquadramento clinico-strumentale	
9.2. Disturbi gravi di personalità	36
9.3. Migranti	37
<b>10. SPECIFICITÀ DI SESSO E DI GENERE</b>	39
10.1. Età di esordio	39
10.2. Sintomatologia e accesso alle cure	39
10.3. Psicosi in età fertile	40
10.4. Accesso alla prevenzione oncologica	40
10.5. Prescrizione farmacologica	40
10.6. Psicosi e trauma	40
<b>11. LE NUOVE TECNOLOGIE A SUPPORTO DEGLI INTERVENTI NEGLI ESORDI PSICOTICI</b>	41
11.1. Telemedicina negli esordi psicotici	41
10.1. Il Sistema di Telemedicina Regionale della Salute Mentale	42
<b>12. MODELLO ORGANIZZATIVO PER IMPLEMENTAZIONE A LIVELLO LOCALE DI UN PDTA DEDICATO AGLI ESORDI</b>	43
12.1. Aspetti di carattere generale	44
12.2. Aspetti connessi alle attività cliniche	45
12.3. Aspetti connessi alla gestione delle équipe multiprofessionali coinvolte nel percorso di cura	46
12.4. Aspetti organizzativi connessi alla formazione	49
<b>13. LA CARTELLA UNICA REGIONALE ELETTRONICA CURE E GLI INDICATORI ANNUALI DI PROCESSO E DI ESITO</b>	51
13.1. La Cartella Unica Regionale Elettronica CURE come strumento di innovazione	51
13.2. Indicatori di processo	52
13.2.1. Indicatori di processo	52
13.3.2. Indicatori di esito	52
<b>14. BIBLIOGRAFIA</b>	54
<b>15. PER SAPERNE DI PIÙ</b>	68
<b>16. NOMINATIVI GRUPPO DI LAVORO</b>	69
<b>17. RINGRAZIAMENTI</b>	69
<b>18. APPENDICE 1 - Scheda Monitoraggio stato Clinico e di salute</b>	70







