



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXIII • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabiella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 **Psichiatria ai tempi di sars-cov-2: il caso di Codogno**
di Paletta S., Grassi S., Bertorello A., Bonizzoni M., Grasso F., Cerveri G.

PARERI

11 **Tossicodipendenza: normalità o coercizione alla cura?**
Possibilità e limiti di un approccio ad una "doppia diagnosi" che cambia sempre più velocemente
di Clerici M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

20 **Interventi psichiatrici di consulenza e collegamento nei reparti COVID-19**
L'esperienza lariana
di Alamia A., Casolaro I., Guanella E., Banfi F., Ferrari R., Fraticelli C.

30 **Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla npia alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione**
di Carnevali C., Meiattini R., Montrasio C., Durbano F.

40 **I Disturbi da Stress nel personale sanitario**
Un modello di intervento durante l'emergenza Covid-19 nell'ASST di Lodi
di Cibra C., Marasco M., Grossi C., Diadema E., Carmassi C., Gesi C., Dell'Osso L., Paglia S., Cerveri G.

48 **Musicalità e psicopatologia: il potere riabilitativo del canto**
di Crespi G., Tringali A., Anguilano L., Viganò F., Limonta M., Clerici M.

57 **¡VAMOS!**
Un progetto terapeutico-riabilitativo per una psichiatria oltre i confini
De Adamich B.M., Parabiaghi A.

64 **Impatto di covid-19 sui servizi psichiatrici d'urgenza**
L'esperienza milanese del Fatebenefratelli-Sacco
di Dragogna F., Russo S., Mencacci C.

71 **Il servizio per l'ADHD dell'adulto durante la pandemia da COVID-19**
Tra riorganizzazione e individualizzazione degli interventi
di Uccello M., Meola L., Fraticelli C.

PSICHIATRIA FORENSE

76 **Uso di misure contenitive e responsabilità dello psichiatra**
di Mantovani R.

78 **Dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 99 del 2019 al bilanciamento tra il diritto alla salute dell'individuo affetto da patologie psichiatriche entrato nel circuito penale, il diritto alla sicurezza della collettività e le responsabilità e le risorse della psichiatria territoriale: i Dipartimenti di Salute Mentale come "vittime" o come attori protagonisti?**
di Amatulli A.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla NPIA alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione

Silvia Carnevali *, Rossella Meiattini °,
Carmela Montrasio °#, Federico Durbano §

ABSTRACT

Introduzione. Nel panorama dell'Intervento Precoce in Salute Mentale, molte energie sono rivolte nel promuovere la continuità delle cure ai giovani nel passaggio dal Servizio minori alla Psichiatria Adulti, per evitare i drop out e contrastare l'interruzione terapeutica, con creazione in molti casi di nuovi Servizi dedicati, nonché studi a livello europeo sull'efficacia delle transizioni.

Obiettivi. La presente ricerca nasce nel contesto dell'équipe integrata tra i Servizi dedicati ai giovani del DSMD dell'ASST Melegnano e Martesana, con lo scopo di verificare l'efficacia delle modalità operative in atto nel Dipartimento, per garantire la continuità delle cure ai giovani in età di passaggio da NPIA al CPS.

Metodologia. È stato compiuto uno studio di follow up sui dati raccolti in 4 anni, dal 2016 al 2019, sugli utenti in carico alla UONPIA, che necessitavano di proseguire il percorso di cura nel Servizio Adulti, per valutare quanti avessero effettuato il passaggio con successo, quanti rimanessero ancora in carico a distanza di tempo, quali fossero i quadri diagnostici prevalenti e le loro evoluzioni nel tempo. Il campione è composto da 93 utenti, di età compresa tra i 16 e i 19 anni, in carico all'équipe multidisciplinare integrata e afferenti ai Servizi di NPIA, Psichiatria, Dipendenze e Consultorio Adolescenti.

Risultati e conclusioni. La maggioranza dei casi (54,8%) gestiti dall'équipe multidisciplinare integrata sui giovani necessitavano di proseguire il loro percorso terapeutico presso il Servizio per Adulti. I risultati evidenziano l'im-

portanza dell'esistenza di un'équipe dedicata al processo della transizione poiché ne indicano un successo nell'86% dei casi rilevati come bisognosi di prosecuzione terapeutica e di questi l'88,6% risultavano ancora in carico ad un anno dal passaggio. La categoria diagnostica formulata in NPIA più rappresentata al passaggio è risultata quella dei disturbi nevrotici (F. 4= 27,3%), seguita da disturbi di personalità (18,2%) e disturbi affettivi (11,4%). L'analisi delle diagnosi permette di evidenziare l'importanza di un approccio transdiagnostico all'Intervento Precoce e alla continuità delle cure, in quanto molti altri quadri psicopatologici oltre all'esordio di psicosi, hanno mostrato bisogni terapeutici a medio-lungo termine e quindi la necessità di prosecuzione della presa in carico terapeutica presso CPS oltre il percorso NPIA.

INTRODUZIONE

La letteratura degli ultimi anni, in tema di Prevenzione e Intervento Precoce in Salute Mentale, si sta ampiamente occupando del tema della continuità delle cure dai giovani al compimento della maggiore età (Nguyen et al., 2017). Come noto, la maggior parte dei disturbi mentali insorge tra i 15 e i 24 anni (De Girolamo et al., 2018; Kessler et al., 2005), fascia di età in cui in molti casi, nel processo terapeutico, si crea una cesura tra i Servizi, che hanno come spartiacque il 18° anno di età, e che dalla letteratura internazionale viene definito "transition gap" (Hendrickx et al., 2020; Singh e Tuomainen, 2015; Singh et al., 2005). I giovani con condizioni psicopatologiche a medio-lungo termine si trovano pertanto confrontati con due passaggi critici e sconvolgenti contemporanei e paralleli: la transizione nei Servizi di cura, dalla UONPIA alla Psichiatria, e la transizione evolutiva, dall'età infantile/adolescenziale all'età adulta (Broad et al., 2017).

A livello europeo, un recente studio ha cercato di valutare su larga scala il successo dei processi di transizione in 8 Paesi (Signorini G. et al., 2018). Attualmente, anche nel panorama italiano, stiamo iniziando ad assistere alla progettazione e in alcuni casi alla creazione di appositi

Servizi dedicati (esempi ne sono il Servizio 0-25 della AUSL di Piacenza o il Centro Giovani “Ponti” dell’ASST Santi Paolo e Carlo – cfr. Biffi G. et al., 2019), che superino tale limite anagrafico, dedicando l’offerta di cura trasversalmente alla fascia infantile/adolescenziale e giovane adulta. Tuttavia, nella maggioranza dei Servizi la strutturazione attuale prevede ancora un passaggio di competenze legato al limite dell’età anagrafica e proprio in ragione di questo è fondamentale dedicare cura specifica al traghettamento degli utenti tra Servizi di competenza e operatori, per promuovere la continuità delle cure, evitare i drop out e contrastare l’interruzione terapeutica (Broad et al., 2017). In tale ottica e a questo scopo sono sorte negli ultimi anni, nel contesto di diverse ASST, le cosiddette “équipes di transizione”, ovvero gruppi multidisciplinari e multiprofessionali integrati tra i diversi Servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, dedicati alla fascia di età giovanile, le cui caratteristiche condividono alcuni elementi di fondo strategici alla corretta gestione delle fasi di transizione (Cleverley et al., 2020).

Obiettivi

All’interno di tale panorama, il presente studio si è posto primariamente l’obiettivo di valutare l’efficacia delle modalità operative messe in atto da un’équipe multidisciplinare integrata di un Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, dedicata alla fascia di età 15 – 24 anni, nel promuovere la continuità delle cure e nel valutare il successo e l’efficacia delle transizioni (cfr. Bonati M., 2020). Si è voluto pertanto quantificare i passaggi avvenuti con successo, verificare la continuità delle prese in carico a distanza di tempo dal passaggio, al fine di validare le strategie di transizione efficaci, vice-

versa modificare e migliorare le criticità emerse. Infine, si è cercato di fare uno screening sulla prevalenza delle diagnosi registrate tra i casi al passaggio, per valutare quali fossero più rappresentate tra quelle con bisogni di cura a medio-lungo termine, quali quelle prevalenti già in età NPIA e la stabilità dei quadri diagnostici nel tempo, in termini di concordanza o viceversa di trasformazione, tra la diagnosi posta in NPIA e quella formulata dopo il passaggio al CPS.

METODOLOGIA

Contesto e modalità operative

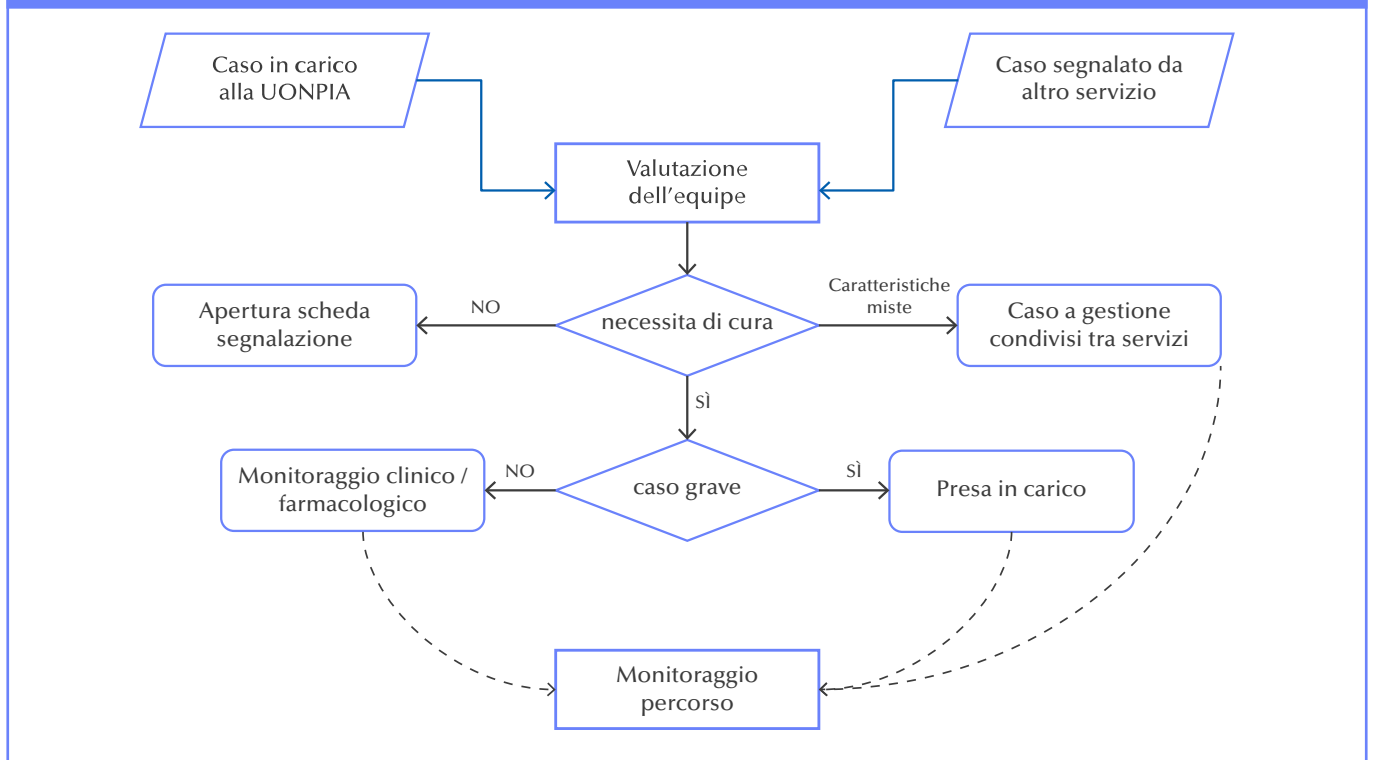
Il contesto della ricerca è quello dell’équipe multidisciplinare integrata del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell’ASST Melegnano e Martesana (nello specifico area Nord del territorio), formalmente nata nel 2016, e nella sua forma attuale costituita da operatori (medici neuropsichiatri infantili e psichiatri, psicologi, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri e assistenti sociali) che afferiscono ai Servizi di UONPIA, Psichiatria, Dipendenze e Consultorio Adolescenti (*Tabella 1*).

Gli operatori di tale équipe lavorano trasversalmente sulla fascia 15-24 anni, per la gestione dei casi condivisi,

Tabella 1 – composizione del gruppo di lavoro (membri fissi)

	UONPIA	CPS	SerT / NOA	Consultorio
Psichiatra / neuropsichiatra	1	2	1 medico	
Psicologo	1		1	2
Assistente Sociale	1		1	1
Educatore / TeRP	1	2	1	1
Infermiere		1		
Psicologo di raccordo		1		

Figura 1 – Flusso di attività del gruppo multidisciplinare per la transizione



in passaggio da un Servizio all'altro per bisogni di cura specifici multiprofessionali, o perchè proprio in età di transizione dalla minore alla maggiore età (cfr. Malla et al., 2016).

Tale équipe, costituitasi formalmente come gruppo di lavoro, negli anni ha sviluppato e strutturato una metodologia che differenzia i percorsi di cura in base alle esigenze cliniche degli utenti, in parallelo con i percorsi di cura previsti dal Piano Regionale Salute Mentale (Magnani et al., 2013) (Figura 1).

Il **percorso** proposto dal gruppo di lavoro è finalizzato a definire differenti modalità di passaggio/segnalazione dei casi:

- **Assunzione in cura:** caratterizzato da monitoraggio clinico e/o farmacologico. Riguarda soggetti che necessitano di un trattamento specialistico, in genere consistente nel monitoraggio farmacologico e clinico, assimilabile all'assunzione in cura così come viene definita dal Piano Regionale Salute Mentale.
- **Progetto Terapeutico Individuale:** caratterizzato

dalla presa in carico terapeutica. Riguarda soggetti che necessitano di un programma d'intervento multiprofessionale, complessivo e integrato, che comporti, secondo il Piano Regionale Salute Mentale, la presa in carico e la formulazione di Piano di Trattamento Individuale.

- **Informativa/Segnalazione nominativo:** riguarda soggetti seguiti dalla UONPIA per cui non è necessario un passaggio in cura diretto e immediato, ma solo uno scambio di informazioni tra i servizi, in modo tale che la UOP sia già in possesso dei dati sufficienti per impostare il programma nel caso il paziente si rivolga al servizio in futuro.

Le **modalità operative** prevedono una periodica discussione dei casi in équipe per la formulazione degli invii: nello specifico, rispetto ai giovani prossimi al compimento del 18° anno, gli invianti della UONPIA individuano al compimento del 17° anno di età, i casi da discutere. In tale sede viene definita la finalità dell'invio, se si tratti quindi di una sola segnalazione, di un'assunzione in cura o di una effettiva presa in carico.

Per i pazienti per i quali si ravvisa la necessità di una sola segnalazione, il passaggio delle informazioni si posticipa al compimento della maggiore età; viceversa nei casi di assunzione in cura o presa in carico, si concorda fin da subito una fase di lavoro congiunto. In tale fase si definisce anche la priorità della presa in carico (psichiatria adulti o dipendenze) per la definizione del case manager.

A seconda del percorso di cura si attuano diverse procedure operative: nel caso di una sola segnalazione, il caso viene unicamente discusso affinché sia già noto, qualora si presentassero necessità future e viene designato un medico referente a cui il paziente possa eventualmente fare riferimento. Nel caso di un'assunzione in cura, si definisce nella sede dell'équipe integrata, un referente medico CPS e/o SerT, cui inviare il paziente. Nel caso di una presa in carico, il medico NPI e il medico CPS e/o SerT definito in sede di équipe congiunta concordano un passaggio di consegne, ed una fase più o meno prolungata di lavoro congiunto che coinvolge il paziente, i due referenti medici ed altre figure professionali (psicologo, educatore/TeRP, infermiere, assistente sociale). In questo caso risulta cruciale la presenza di operatori a Progetto dedicati che lavorano trasversalmente sulla fascia di età 15-24, garantendo una continuità di cure che faciliti il traghettamento da un Servizio all'altro (Cleverley et al., 2020). Nel caso di comorbilità con uso di sostanze o comportamenti di addiction, si stabiliscono le modalità di lavoro congiunto con i Servizi delle Dipendenze, sia che il paziente sia in fase di passaggio tra UONPIA e UOP, sia che sia in carico ad uno dei due Servizi.

Analogamente, qualora un paziente dei Servizi Dipendenze necessiti anche di valutazione/presa in carico psichiatrica, viene segnalato in tale sede. Inoltre, per ottimizzare le risorse disponibili e rendere più appropriati gli invii e i percorsi di cura, il gruppo di lavoro descritto si interfaccia anche con il Consultorio Adolescenti, che, pur al di fuori del DSMD, completa l'offerta terapeutica dedicata alla fascia giovanile.

Campione analizzato

L'indagine è stata svolta attraverso uno studio retrospettivo di esito, analizzando i dati raccolti nel corso di 4 anni, dal 2016 al 2019, sui casi segnalati, seguiti, condivisi e passati tra i Servizi, in carico all'équipe sopra descritta.

Il campione analizzato consiste di 93 soggetti, giovani (*tabella 2*):

- di età compresa tra i 16 e i 19 anni
- di sesso equamente distribuito (46 maschi, pari al 49,5%; 47 femmine, pari al 50,5%).

Tabella 2 – numerosità del campione per anno di ingresso

Anno	N soggetti	%
2016	24	25,8%
2017	13	14%
2018	23	24,7%
2019	33	55,5%
Tot.	93	100%

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Nella *tabella 3* sono sintetizzati i dati complessivi relativi al servizio inviante dei soggetti analizzati. La grande maggioranza (78,5%), coerentemente con il progetto, proviene dai servizi della UONPIA e a seguire dal Consultorio adolescenti (14%).

Tabella 3 – distribuzione del campione rispetto al servizio inviante

Servizio inviante	N Soggetti	%
UONPIA	73	78,5%
Consultorio Adolescenti	13	14%
Pronto Soccorso	2	2,2%
Dipendenze	4	4,3%
CPS	1	1,1%
Tot.	93	100%

Nella *tabella 4* sono sintetizzati di dati di esito rispetto al servizio di invio dopo la valutazione del gruppo di lavoro. Più della metà dei casi (54,8%) sono stati affidati al CPS al compimento della maggiore età, e quasi un quarto (23,7%) sono stati segnalati al CPS. Il dato anche in questo caso è coerente all'obiettivo del gruppo di lavoro.

Tabella 4 – percorso successivo alla valutazione del gruppo di lavoro

Tipo di invio	N Soggetti	%
Passaggio al CPS	51	54,8%
Segnalazione al CPS	22	23,7%
Invio alla NPIA	6	6,5%
Invio al Consultorio Ado	6	6,5%
Invio alle Dipendenze	2	2,5%
Caso già condiviso tra i Servizi	6	6,5%
Tot.	93	100%

L'analisi dei dati si è poi quindi concentrata sul sottocampione dei soggetti che sono stati affidati al CPS (N= 51, 54,8% in Tab. 4), per i quali l'équipe ha ritenuto necessario un passaggio al CPS per un percorso di presa in carico. Si è infatti voluto valutare il grado di successo delle transizioni da un servizio per l'età infantile ad un servizio per l'età adulta.

Nella *tabella 5* sono sintetizzati i diversi esiti del passaggio da servizi per giovani ai CPS a seguito dell'invio concordato dal gruppo di lavoro.

Tabella 5 – esiti dei passaggi da servizi per adolescenti ad CPS

Follow up del passaggio sui casi totali inviati al CPS dai diversi Servizi	N Soggetti	%
Passaggio avvenuto	41	80,4%
Passaggio NON avvenuto	8	15,7%
Passato ma ad altra UOP	1	2%
Trasferito all'estero	1	2%

Tabella 5 – esiti dei passaggi da servizi per adolescenti ad CPS

Tot.	51	100%
------	----	------

Si evidenzia come nella grande maggioranza dei casi, l'80,4%, il passaggio di competenze dal Servizio minori inviante alla Psichiatria adulti sia avvenuto con successo. Se poi consideriamo anche i soggetti presi in carico da altre UOP (per motivi di residenza) tale percentuale sale all'82,4%.

Dei passaggi avvenuti con successo, si è poi voluto verificare se la presa in carico perdurasse a distanza di un anno, e i dati sono riassunti nella *Tabella 6*. (in questo caso i dati sono relativi ai tre anni e tre mesi in cui possibile verificare il follow up ad un anno di distanza, ovvero 2016, 2017, 2018 e primo trimestre 2019), per un totale di 35 soggetti valutabili secondo tale criterio.

Tabella 6 – tasso di permanenza nel percorso di cura indicato, ad un anno di follow up

Follow up ad un anno sui casi passati	N Soggetti	%
Permane nel percorso	31	88,6%
Drop out	4	11,4%
Tot.	35	100%

Da ultimo, si è voluto analizzare la distribuzione dei quadri diagnostici relativi ai casi totali discussi dall'équipe integrata, quelli relativi ai casi passati al CPS formulati all'invio dalla UONPIA e le diagnosi formulate sugli stessi casi passati, dopo la presa in carico presso il CPS. In *tabella 7* nelle diverse colonne sono indicate le diverse distribuzioni diagnostiche in base ai diversi livelli di valutazione.

I dati relativi alle diagnosi mostrano:

- rispetto a tutte le segnalazioni della UONPIA dei soggetti vicini alla maggiore età, un'ampia diversificazione dello spettro diagnostico e una prevalenza tra

Tabella 7 – distribuzione delle diagnosi (ICD-10) nei diversi livelli di valutazione

Diagnosi ICD-10	Casi discussi		Casi passati al CPS		Casi rimasti in carico al CPS	
	N	%	N	%	N	%
F0 Dist psichici di nat. organica	2	2,7	2	4,9		
F1 Disturbi correlati uso sostanze	3	4,1	3	7,3	2	6,1
F2 Dist psicotici	4	5,4	3	7,3	2	6,1
F3 Dist affettivi	8	10,8	5	12,2	3	9,1
F4 Dist nevrotici	20	27	11	26,8	4	12,1
F5 Dist funz fisiologiche – fattori somatici	1	1,4				
F6 Dist di personalità	11	14,9	8	19,5	14	42,4
F7 Ritardo mentale	3	4,1	1	2,4	3	9,1
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	10	13,5	4	9,8	5	15,2
F9 Dist con esordio infanzia-adolescenza	12	16,2	4	9,8		
Tot		74		41		33

- tutti dei disturbi nevrotici;
- rispetto ai casi segnalati dalla UONPIA come meritevoli di passaggio per assunzione in cura o presa in carico al CPS, altrettanto ampio spettro di distribuzione diagnostica, una percentuale simile per ciò che riguarda disturbi nevrotici e affettivi, e una crescita percentuale dei disturbi di personalità;
 - rispetto alle diagnosi formulate in CPS a passaggio avvenuto, una coerenza coi quadri diagnostici formulati presso la UONPIA, con la scomparsa, in linea con il quadro evolutivo, dei disturbi con esordio in infanzia-adolescenza, in relazione di una crescita ancor più significativa in termini percentuali, dei disturbi di personalità.

Alla luce delle risultanze dell'analisi della letteratura relativamente alle criticità delle transizioni tra servizi (cfr. Islam et al., 2016), sono stati valutati i tassi di drop out in relazione ai quadri diagnostici; il drop out è stato formalizzato come insuccesso nel passaggio o, a passaggio avvenuto,

interruzione successiva del percorso di cura in CPS.

Rispetto ai passaggi *non* avvenuti (Tabella 5, 8 soggetti, ovvero il 15,7% del campione iniziale) si evidenziano i seguenti quadri diagnostici:

- 1 disturbo di personalità,
- 2 sindromi nevrotiche,
- 1 disturbo affettivo,
- 1 disturbo da uso di sostanze,
- 1 disturbo della condotta,
- 1 disturbo con esordio in infanzia
- 1 caso di importante compromissione funzionale globale, giunto da poco all'attenzione del Servizio, ma che è esitato in un drop out nel passaggio, ancor prima di porre una effettiva diagnosi, al di là della gravità del decadimento funzionale e del ritiro.

Rispetto ai casi che ad un anno di follow up dal passaggio sono esitati successivamente in interruzione del percorso di presa in carico del CPS (Tabella 6, 4 soggetti, ovvero il 11,4% del campione iniziale), le diagnosi, come

formulate successivamente alla presa in carico nei CPS si distribuiscono tra:

- 1 disturbo di personalità,
- 1 disturbo da uso di sostanze,
- 1 disturbo antisociale di personalità in comorbidità con uso di sostanze
- 1 sindrome nevrotica.

Tali diagnosi coincidono con quelle di invio dalla UONPIA.

CONCLUSIONI

I nostri risultati mostrano come una quota rilevante dei casi (54,8%) gestiti dall'equipe multidisciplinare integrata sui giovani necessitassero di proseguire il loro percorso terapeutico presso il Servizio per Adulti, in accordo ai dati di letteratura (Malla et al., 2016; Copeland et al., 2015).

Rispetto ai profili diagnostici, la categoria diagnostica formulata in NPIA più rappresentata al passaggio è risultata quella dei disturbi nevrotici (27,3%), seguita dai disturbi di personalità (18,2%) e dai disturbi affettivi (11,4%). Scarsamente rappresentati sono i quadri psicotici, il dato deve essere interpretato sia alla luce di una epidemiologia che vede le psicosi esordire con quadri meno chiari che nel passato (ad esempio per il concomitante uso di sostanze) sia alla luce del fatto che i quadri di franco scompensamento trovano una risposta immediata nel ricovero ospedaliero e quindi non transitano nella casistica affrontata dal gruppo di lavoro. Altrettanto poco rappresentati sono i quadri correlati all'uso di sostanze, nonostante la loro diffusione, ma anche in questo caso probabilmente i soggetti sia sono intercettati precocemente da altre agenzie con sportelli dedicati (i SerT del territorio hanno infatti progetti specifici per gli adolescenti) sia non problematizzano la loro condizione e quindi sfuggono all'osservazione della UONPIA.

L'analisi delle diagnosi permette inoltre di evidenziare l'importanza di un approccio transdiagnostico all'Intervento Precoce e alla continuità delle cure (De Girolamo

et al., 2018), in quanto diversi altri quadri psicopatologici oltre all'esordio di psicosi, hanno mostrato bisogni terapeutici a medio-lungo termine e quindi la necessità di prosecuzione della presa in carico terapeutica presso CPS oltre il percorso NPIA.

I dati presentati sottolineano quindi l'importanza dell'esistenza di un'equipe specifica e con una metodologia formalizzata dedicata al processo della transizione poiché il successo del percorso di transizione si è avuto nel 86% dei casi per cui è stata valutata la necessità di una transizione e, soprattutto, perché di questi l'88,6% risultava ancora in carico ad un anno dal passaggio di servizio. Il dato è coerente con altri studi che sottolineano il rischio del drop out (Islam et al., 2016; Singh et al., 2016). L'equipe dedicata si è quindi dimostrata efficace nel garantire il passaggio dei casi tra i Servizi evitando pericolose fratture nel percorso terapeutico, come sottolineano esperienze consolidate in altri Paesi (Broad et al., 2017), che evidenziano come una equipe flessibile e orientata alla facilitazione del passaggio da un servizio ad un altro utilizzando una metodologia il più possibile schematizzata e condivisa dai diversi servizi sia molto più efficace che un invio non preparato, soprattutto in una popolazione sensibile e fragile come quella adolescenziale e giovanile. Nello specifico il nostro modello di lavoro prende in considerazione alcuni degli elementi considerati essenziali al buon funzionamento di un servizio di transizione, in particolare una politica di transizione che dettugli i passaggi e i livelli di cura, che preveda un monitoraggio ed un follow up dei percorsi, che prepari gli utenti al passaggio valutandone anche le competenze specifiche individuali e programmando con i diversi servizi un percorso individualizzato di passaggio (Cleverley et al., 2020). Le modalità operative hanno infatti consentito di definire efficaci percorsi di cura specifici rispetto ai bisogni dell'utenza in età di transizione, così come suggerito da esperienze internazionali (Tuomainen et al., 2018; Singh et al., 2016; McNamara et al., 2014).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psicologia, Psicoterapeuta, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*

° *Neuropsichiatra Infantile, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*

Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana

§ *Psichiatra, Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*

CORRISPONDENZA A:

mail: federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Direzione, c/o PreSST Gorgonzola, via Bellini 1, 20064 Gorgonzola (MI)

BIBLIOGRAFIA

1. Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P., *Un Posto per i Giovani, Il progetto del Centro Giovani "Ponti" dell'ASST Santi Paolo e Carlo*. Psichiatria oggi, Anno XXXII, N°1, gennaio-giugno 2019.
2. Bonati M., *Transitioning youth to adult age also through health services*. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2020; 29, e88:1–2. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000842>
3. Broad K.L., Sandhu V.K., Sunderji N., Charach A., *Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis*. BMC Psychiatry. 2017;17(1):380. DOI:10.1186/s12888-017-1538-1
4. Cleverley K., Rowland E., Bennett K., Jeffs L., Gore D., *Identifying core components and indicators of successful transitions from child to adult mental health services: a scoping review*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020; 29(2):107–121. DOI: 10.1007/s00787-018-1213-1
5. Copeland W.E., Wolke D., Shanahan L., Costello E.J., *Adult Functional Outcome of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study*. Jama Psychiatry. 2015; 72(9): 892–899.
6. De Girolamo G., McGorry P.D., Sartorius N., *Age of onset of Mental Disorders: Etiopathogenetic and Treatment Implications*. Springer, 2018.
7. Hendrickx G., De Roeck V., Maras A., Dieleman G., Gerritsen S., et al. *on behalf of MILESTONE consortium, Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services*. BJPsych Bulletin. 2020; DOI:10.1192/bjb.2019.85
8. Islam Z., Ford T., Kramer T., Paul M., Parsons H., Harley K., Weaver T., McLaren S., Singh S.P., *Mind how you cross the gap! Outcomes for young people who failed to make the transition from child to adult services: the TRACK Study*. BJPsych Bull. 2016; 40(3): 142–148.
9. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E., *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication*. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:593–602
10. Magnani P.A., Pezzani G., Percudani M. *I percorsi clinici e le loro modalità attuative nella pratica. Il lavoro territoriale oggi tra organizzazione e cura*. In: Percudani M., Cerati G., Petrovich L., Vita A. (a cura di). *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004–2012)*. McGraw-Hill Education, Milano, 2013, cap. 3:43–65
11. Malla A., Iyer S., McGorry P., Cannon M., Coughlan H., Singh S., Jones P., Joober R., *From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016; 51(3): 319–326.
12. McNamara N., McNicholas F., Ford T., Paul M., Gavin B., Coyne I., Cullen W., O'Connor K., Ramperti N., Dooley B., Barry S., Singh S.P., *Transition from child and adolescent to adult mental health services in the Republic of Ireland: an investigation of process and operational practice*. Early Interv Psychiatry. 2014; 8(3): 291–297.
13. Nguyen T., Embrett M.G., Barr N.G., Mulvale G.M., Vania D.K., Randall G.E., DiRezze B., *Preventing Youth from Falling Through the Cracks Between Child/Adolescent and Adult Mental Health Services: A Systematic Review of Models of Care*. Community Ment Health J. 2017; 53(4): 375–382.
14. Signorini G., Singh S.P., Marsanic V.B., Dieleman G., Dodig-Ćurković K., Franic T., Gerritsen S.E., Griffin J., Maras A., McNicholas F., O'Hara L., Purper-Ouakil D., Paul M., Russet F., Santosh P., Schulze U., Street C., Tremmery S., Tuomainen H., Verhulst F., Warwick J., De Girolamo G., MILESTONE Consortium. *The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018; 27(4): 501–511.
15. Singh S.P., Anderson B., Liabo K., Ganeshamoorthy T., *Supporting young people in their transition to adults' services: summary of NICE guidance*. The British Medical Journal (BMJ). 2016; 353: i2225 (online), pp. 282–294 (printed version).

-
16. Singh S.P., Evans N., Sireling L., Stuart H., *Mind the gap: the interface between child and adult mental health services*. Psychiatr Bull. 2005; 29:292-4
 17. Singh S.P., Tuomainen H., *Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care*. World Psychiatry. 2015; 14(3): 358-61.
 18. Tuomainen H., Schulze U., Warwick J., Paul M., Dieleman G.C., Franić T., Madan J., Maras A., McNicholas F., Purper-Ouakil D., Santosh P., Signorini G., Street C., Tremmery S., Verhulst F.C., Wolke D., Singh S.P., MILESTONE consortium. *Managing the link and strengthening transition from child to adult mental health Care in Europe (MILESTONE): background, rationale and methodology*. BMC Psychiatry. 2018;18(1):167. doi: 10.1186/s12888-018-1758-z. Erratum in: BMC Psychiatry. 2018;18(1):295

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni