



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

SERVIZI DI SALUTE MENTALE APERTI AD UNA SOCIETÀ IN CAMBIAMENTO: RIPENSARE AI PERCORSI DI CURA.

PROPOSTE CONCRETE
PER FORNIRE RISPOSTE
AI BISOGNI.

INSERTO DI
PSICHIATRIA OGGI
Anno XXXVIII



INDICE

DOCUMENTI SIPLO: UNO STRUMENTO DI RIFLESSIONE SULLA FINALITÀ DELLA NOSTRA DISCIPLINA ED UNA GUIDA ALL'OPERARE QUOTIDIANO <i>Giancarlo Cerveri</i>	03
CONFRONTO, CONTINUITÀ E CAMBIAMENTO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE DAI GRUPPI DI LAVORO DELLA SIP LOMBARDIA <i>Giovanni Migliarese Bernardo Dell'Osso</i>	06
TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI IN ETÀ GIOVANILE <i>Coordinatore: Mauro Percudani</i> <i>Gruppo di lavoro: Simona Barbera, Marta Barbieri, Scilla Beraldo, Angelo Bertani, Paolo Brambilla, Cinzia Bressi, Debora Bussolotti, Giorgio Cerati, Chiara Colli, Antonella Colucci, Lorenzo Del Fabro, Cecilia Esposito, Marina Loi, Francesca Maggioni, Lara Malvini, Anna Omboni, Mauro Percudani, Chiara Rovera, Maira Chiarelli Serra, Margherita Trinchieri, Alessio Vincenti</i>	08
ATTIVITÀ OSPEDALIERE ED EMERGENZE PSICHIATRICHE <i>Coordinatori: Emi Bondi e Carlo Fraticelli</i> <i>Gruppo di lavoro: Paolo Cacciani, Federica Calorio, Simone Cavallotti, Armando D'Agostino, Valentina Dalò, Paola Marianna Marinaccio, Silvia Paletta, Adelaide Panariello, Fabrizio Pavone, Sara Maria Pozzoli, Matteo Rocchetti, Virginio Salvi</i>	36
DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA <i>Coordinatori: Giancarlo Cerveri e Alessia Cicolini</i> <i>Gruppo di lavoro: Antonio Amatull, Antonio Calento, Fabio Canegall, Federico Durbano, Anna Giroletti, Paolo Azzone, Virginio Salvi</i>	46
DOPPIA DIAGNOSI <i>Coordinatori: Massimo Clerici e Federico Durbano</i> <i>Gruppo di lavoro: Giorgio Bianconi, Anna Giroletti, Paolo Risaro, Daniele Salvadori, Alessio Vincenti</i>	59
LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI <i>Coordinatore: Giovanni Migliarese</i> <i>Gruppo di lavoro: Vera Abbiati, Scilla Beraldo, Giorgio Bianconi, Federico Durbano, Nicola Dusi, Francesca Maggioni, Mattia Marchetti, Alberto Pasi, Matteo Porcellana</i>	67
IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO – REVISIONE 2025 <i>Coordinatori: Caterina Viganò e GianMarco Giobbio</i> <i>Gruppo di lavoro: Antonio Amatulli, Stefano Barlati, Alessandro Carozzi, Daniele Carretta, Alessandro Grecchi, Alessandra Martinelli, Giovanna Valvassori</i>	77

TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI IN ETÀ GIOVANILE

Coordinatore:

Mauro Percudani

Gruppo di lavoro:

Simona Barbera

Marta Barbieri

Scilla Beraldo

Angelo Bertani

Paolo Brambilla

Cinzia Bressi

Debora Bussolotti

Giorgio Cerati

Chiara Colli

Antonella Colucci

Lorenzo Del Fabro

Cecilia Esposito

Marina Loi

Francesca Maggioni

Lara Malvini

Anna Omboni

Mauro Percudani

Chiara Rovera

Maira Chiarelli Serra

Margherita Trinchieri

Alessio Vincenti

PREMESSA

Nel corso dell'ultimo decennio si è osservato un importante cambiamento nei quadri psicopatologici di persone che si rivolgono ai professionisti ed ai servizi della salute mentale in età giovanile e nel corso dell'adolescenza. Tale cambiamento è avvenuto sia per le condizioni che richiedono interventi ambulatoriali e territoriali, sia per quanto riguarda le condizioni che richiedono interventi in acuzie o necessità di ricovero ospedaliero.

L'importanza di identificare e trattare la psicopatologia precocemente in adolescenza e nelle prime fasi dell'età adulta è dimostrata da numerosi studi di esito e dalle evidenze che dimostrano che un lungo periodo di malattia non trattata ha un forte impatto per la salute mentale e fisica nell'età adulta.

Dal punto di vista clinico la psicopatologia moderna è transdiagnostica e considera rilevante identificare le traiettorie diagnostiche e i microfenotipi in età estremamente precoce. Accanto al tradizionale intervento di diagnosi e trattamenti dei disturbi mentali gravi all'esordio, i professionisti della salute mentale si confrontano oggi con la necessità crescente di concentrare le energie e le risorse su problematiche emergenti come l'isolamento, l'autolesionismo e i comportamenti suicidari, i disturbi della nutrizione e i disturbi del neurosviluppo (spesso diagnosticati tardivamente soprattutto nelle forme ad alto funzionamento che si associano ad un mascheramento delle caratteristiche di neurodivergenza), l'uso e abuso di sostanze e le dipendenze senza sostanze (soprattutto tecnologia).

Emerge anche la necessità di affrontare su più piani fenomeni come bullismo e cyberbullismo. Gli adolescenti che manifestano sintomi esternalizzanti (ADHD, DOP e disturbo della condotta), stress e risposte emotive negative (reattività emotiva, emozioni negative) possono essere più vulnerabili alle conseguenze psicologiche negative del cyberbullismo, portando anche potenzialmente a un aumento dei comportamenti autolesivi.

In questo contesto di crescente bisogno, appare particolarmente significativa la debolezza attuale della rete di

cura e, dunque, la necessità di accrescere le competenze specifiche e di sviluppare contesti specialistici che integrino le competenze delle diverse discipline che afferiscono alla salute mentale (NPIA, psichiatria, psicologia clinica, dipendenze patologiche), oltre che l'urgenza di incrementare risorse in quegli ambiti più carenti come la necessità di posti letto per pazienti minori.

I servizi per la salute mentale e le equipe dedicate al trattamento di adolescenti e giovani adulti hanno la necessità di implementare trattamenti specialistici focalizzati sulla regolazione emotiva, di adottare modalità «smart» per facilitare l'accessibilità e l'aggancio dei giovani pazienti (dalla prevenzione e trattamento, ai trattamenti riabilitativi), sempre con un forte impianto centrato su multidisciplinarietà e multimodalità dell'intervento.

EPIDEMIOLOGIA

La salute mentale della popolazione giovanile è peggiorata a livello mondiale negli ultimi anni, come descritto in numerosi report scientifici; questo fenomeno già in atto è stato ulteriormente visibile nel periodo post-pandemico. Nei principali studi epidemiologici effettuati negli ultimi anni emerge che dal 15 al 20% degli adolescenti a livello mondiale necessita di cure per un disturbo psicologico e/o psichiatrico. Si stima che in generale la richiesta di cure sia aumentata del 25%. Depressione e ansia sono frequente causa di disabilità nei giovani adulti. In crescita risultano anche i tassi di disturbi della nutrizione.

L'incremento dei comportamenti suicidari in Italia emerge, negli ultimi anni, per tutte le fasce di età, in particolare in quella adolescenziale, soprattutto nei più piccoli, 14-18aa, e nelle ragazze. Risulta poi ancora maggiore la presenza di pensieri suicidari. I casi di autolesionismo sono aumentati del 60% nel periodo post-pandemico, anche in bambini e preadolescenti. Più in generale i comportamenti autolesionistici non suicidari (non-suicidal self-injury - NSSI) hanno una frequenza nella popolazione giovanile intorno al 10%. L'aumento della richiesta di intervento per problematiche suicidarie ed autolesionismo si stima intorno

al 40%, soprattutto nelle fasce con maggiore svantaggio socioeconomico. NSSI e comportamenti suicidari sono correlati: giovani con insorgenza o mantenimento di NSSI ad 1 anno hanno un rischio maggiore di futuri pensieri e comportamenti suicidari rispetto agli adolescenti senza NSSI. Gli NSSI sono tra i criteri diagnostici del disturbo borderline di personalità e sono presenti nella storia del 90% dei soggetti con questa diagnosi, nei 2/3 dei casi NSSI sono presenti prima dei 18 anni.

Anche i disturbi della nutrizione sono aumentati del 25% solo tra il 2019 e il 2020. L'anoressia nervosa rimane un disturbo ad alta mortalità rispetto agli altri disturbi mentali.

L'età giovanile è una fase caratterizzata da alta plasticità dei sistemi neurali, se questo da un lato si correla a grande possibilità di adattamento, dall'altro si associa ad alta vulnerabilità. Ed è infatti già prima dei 14 anni fino alla prima età adulta che vediamo la maggiore incidenza dell'esordio dei principali disturbi psichici. Negli ultimi anni i clinici hanno riconosciuto quindi la necessità di occuparsi, oltre che del trattamento dei disturbi psichiatrici maggiori (psicosi, disturbo bipolare, depressione maggiore) e dei disturbi emotivi comuni (come disturbi d'ansia e disturbi dell'adattamento), anche di disturbi della personalità e in particolare di disturbo borderline di personalità nei giovani. Infatti, anche l'individuazione e il trattamento dei disturbi di personalità non dovrebbe essere posticipato al raggiungimento del diciottesimo anno di età, come accaduto in passato. È dimostrato un impatto dei disturbi di personalità identificati già in adolescenza sul successivo sviluppo di disturbi di asse I, comportamenti suicidari, comportamenti violenti e criminali, conflitti interpersonali. Questo suggerisce la necessità di implementare nei servizi tecniche specifiche, efficaci ed evidence based per il trattamento disturbi di personalità, nonché l'introduzione di assessment specifici atti ad identificare nei giovani pazienti tratti di personalità disfunzionali che possano essere correlati ad un rischio aumentato di sviluppare disturbi di personalità o altri disturbi nell'età adulta.

PROBLEMI CLINICI ATTUALI

Stati mentali a rischio ed esordio psicotico

Le psicosi possono essere considerate i disturbi psichiatrici più gravi e invalidanti per la disabilità che comportano. L'età di esordio si colloca nell'adolescenza e nella prima età adulta (14-35 anni) e le evidenze scientifiche indicano che la maggior parte del deterioramento clinico e psicosociale avviene nei primi 5 anni di malattia e come questa finestra temporale sia cruciale per iniziare un trattamento.

Lo Stato Mentale a Rischio costituisce una condizione clinica di aumentata vulnerabilità per lo sviluppo di psicosi caratterizzato da presenza di Sintomi di Base come esperienze elementari a carattere disturbante di percezione della realtà e del proprio corpo, alterazione dei processi cognitivi, del linguaggio, somatizzazioni e/o presenza di sintomi psicotici sottosoglia, episodi psicotici brevi e intermittenti a risoluzione spontanea (< 7 gg), familiarità e riduzione del funzionamento nell'ultimo anno.

Si deve a McGorry e colleghi il modello di stadiazione di malattia utile a livello clinico in quanto ad ogni stadio proposto corrispondono differenti procedure diagnostiche, interventi farmacologici, psicologici e sociali. Lo Stadio Premorboso (stadio I) comprende individui a rischio di sviluppare schizofrenia per fattori genetici o ambientali, assenza di disabilità o riscontro di lievi deficit cognitivi. L'identificazione è possibile tramite storia familiare o analisi genetiche e gli interventi mirati risultano essere la riduzione di ulteriori fattori di rischio (es. cannabis) e il potenziamento dei fattori protettivi.

Lo stadio prodromico (stadio II) comprende individui con compromissione sociale, lieve disorganizzazione cognitiva, alterazioni percettive, anedonia. L'identificazione avviene tramite l'osservazione del cambiamento dell'adattamento sociale o del rendimento scolastico, somministrazione di test psicometrici e tecniche di neuroimaging; gli interventi indicati sono psicoterapia e farmacoterapia.

Il vantaggio di un intervento rivolto ai casi ad alto rischio, potenzialmente identificabili nella fase prodromica, consente l'immediato riconoscimento di eventuale transizione alla psicosi con riduzione della durata di malattia non trattata (Duration of Untreated Psychosis - DUP) e miglioramento significativo della prognosi.

Disturbi del Neurosviluppo

Oltre ad essere un tema centrale da considerare nella transizione dai servizi di NPIA ai servizi psichiatrici per l'età adulta, i disturbi del neurosviluppo sono sempre più associati a problematiche comportamentali. Anche la disregolazione emotiva sembra maggiormente presente. Gli studi mostrano un aumentato rischio di comportamenti di autolesionismo quasi del 50% nei maschi con diagnosi di autismo e oltre l'80% nelle donne con diagnosi di autismo. Confrontando il rischio di morte per suicidio in questa popolazione con donne e uomini non autistici, emerge addirittura un rischio aumentato del 98% nelle donne (e del 34% negli uomini). La Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) è considerata da molti un trattamento promettente per le persone ASD. Le evidenze preliminari suggeriscono che la DBT riduce i sintomi e migliora la qualità della vita per le persone nello Spettro.

Anche nell'ADHD è presente disregolazione emotiva. Agiti autolesivi non suicidari sono più probabili nella variante disattentiva. Nella variante iperattiva l'effetto è mediato da comorbidità, soprattutto nelle ragazze. È riconosciuta poi la forte comorbidità tra ADHD, disregolazione emotiva ed abuso di sostanze.

Sempre più studi e progetti di ricerca stanno osservando e indagando una maggior probabilità di neurodivergenza nella popolazione transgender. Ipotesi condivisa: gli individui autistici possono conformarsi meno alle norme sociali rispetto agli individui non autistici, il che può in parte spiegare perché un numero maggiore di individui autistici si identifica al di fuori del binarismo stereotipato di genere.

I servizi sono sempre più impegnati ed esperti nelle diagnosi di neurodivergenza non diagnosticati in età infantile.

Questo accade soprattutto nei casi di alto funzionamento e nel sesso femminile. In questi casi *camouflaging* e compensazione possono portare a non identificare la diagnosi di disturbo del neurosviluppo fino al raggiungimento della maggiore età. I sintomi potrebbero non manifestarsi pienamente fino a quando le esigenze sociali, un passaggio evolutivo od un evento a valenza traumatica non superano le capacità del soggetto di compensare o mascherare.

È necessario quindi formare in modo più completo le equipe dedicate all'utenza giovane sul tema delle neurodivergenze, con attenzione particolare alle comorbidità così come alla diagnosi differenziale. Le conoscenze in termini di neurodivergenza in questo senso non possono prescindere la conoscenza della psicopatologia maggiore.

Dal 2022 Regione Lombardia ha arricchito i DSMD formando e implementando equipe dedicate inizialmente all'interno del progetto Auter, ora Autinca, a ponte tra NPIA ed equipe adulti. Al di là delle differenze locali con cui è stata recepita ed organizzata questa possibilità, questo ha permesso in generale un arricchimento profondo, un cambiamento di mentalità e consapevolezza nell'approccio soprattutto ai disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento, spesso non diagnosticati o "misdiagnosticati". Questo modello, così come quello di JA ImpleMental (si veda in seguito), ha chiaramente mostrato l'efficacia di interventi proposti da Regione Lombardia e in rete tra i servizi nel disseminare un bagaglio formativo ed aggiornare le equipe rispetto a tematiche specifiche. Nell'attualità sarebbe auspicabile, a completamento e rispetto ai bisogni attuali, l'attivazione di formazione e proposta di modelli organizzativi sul tema dell'ADHD, dalla diagnosi al trattamento nell'adulto.

Disturbi di Personalità

In passato la realizzazione di progetti dedicati all'intervento precoce dei disturbi mentali gravi sottointendeva occuparsi di disturbi di Asse I come i disturbi psicotici. Ora sappiamo invece che anche per i disturbi di personalità

e in particolare per il disturbo borderline di personalità l'intervento precoce è necessario ed è efficace. Anche l'assessment diventa uno strumento imprescindibile per identificare comorbidità e presenza di tratti di personalità patologici che possono predire traiettorie di evoluzione in disturbi e carico.

Negli ultimi anni i clinici che si occupano di adolescenti e giovani adulti hanno dovuto concentrarsi maggiormente sulla diagnosi e sul trattamento dei disturbi di personalità e in particolare sul disturbo borderline di personalità, che impatta significativamente anche considerando i costi diretti e indiretti del disturbo. Ma ancora di più ci si è trovati ad occuparsi di due elementi presenti trasversalmente in diverse condizioni ma in modo molto diffuso: l'autolesionismo non suicidario e la disregolazione emotiva.

I comportamenti autolesivi mostrano una forte comorbidità con diverse condizioni cliniche come l'utilizzo di alcool e sostanze, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), disturbo posttraumatico da stress, depressione maggiore, disturbo d'ansia generalizzata, disturbi della condotta e disturbo oppositivo-provocatorio, autismo (soprattutto nelle ragazze ad alto funzionamento dove spesso non vi è diagnosi). In particolare, si osserva autolesionismo nel 15% dei bambini con disturbi del neurosviluppo. È in generale un comportamento più frequente nelle femmine, soprattutto se in comorbidità con DNA. È un comportamento diffuso anche tra gli adolescenti a cui non è stato diagnosticato un disturbo.

I fattori di rischio principali sembrano essere l'aver subito maltrattamenti nell'infanzia e abusi, alta sensibilità, alta reattività e hyperarousal, comportamenti di evitamento e ridotta espressione delle emozioni, l'aver subito bullismo, discomfort riguardo l'identità di genere, osservare self-harm nei pari (siti internet, social, chat rooms che arrivano ad incoraggiare i comportamenti autolesivi).

È riconosciuta la disregolazione emotiva come motore principale. Nel caso dei maschi l'effetto della disregolazione emotiva sulla severità dei comportamenti suicidari

sembra mediata dalla depressività. Nelle femmine si osserva un effetto diretto della disregolazione emotiva e anche indiretto mediato, oltre che dalla depressività, dagli agiti autolesivi non suicidari.

La presenza di agiti autolesivi è frequente soprattutto nelle fasi precoci dell'adolescenza con un andamento inversamente proporzionale all'età. Questo verosimilmente perché, oltre alla tendenza alla disregolazione emotiva in parte biologica e in parte legata alle esperienze di vita, in adolescenza sappiamo esserci uno sviluppo asincrono di corteccia prefrontale e sistema limbico, aspetto fisiologico che sappiamo essere correlato a maggior impulsività e difficile gestione delle emozioni in questa fase della vita.

La disregolazione emotiva è un costrutto transdiagnostico ovvero un meccanismo psicopatologico sottostante a diverse condizioni. Di conseguenza se un trattamento è efficace sulla regolazione emotiva è efficace nel trattamento di differenti disturbi. Quindi il modello di identificazione del rischio e l'indicazione a trattamenti utili nella fasi precoci, inizialmente focalizzato sulla patologia psicotica, è sempre di più utilizzato nell'identificazione precoce di tratti di personalità disfunzionali ma magari ancora sottosoglia per una diagnosi di disturbo di personalità e ha portato all'implementazione nei servizi di terapie evidence-based per il trattamento (come la terapia dialettico comportamentale nel caso di disturbo borderline di personalità e disregolazione emotiva).

Ritiro sociale (Sindrome di Hikikomori)

Negli ultimi anni, la letteratura psichiatrica ha riservato crescente attenzione al fenomeno del ritiro sociale prolungato, noto come sindrome di Hikikomori, un quadro clinico emergente tipico dell'età adolescenziale e della prima età adulta. Il termine, coniato in Giappone negli anni '90, descrive una condizione caratterizzata da un isolamento sociale volontario, in cui il soggetto si ritira nella propria abitazione evitando ogni forma di partecipazione scolastica, lavorativa e relazionale, spesso per periodi superiori ai sei mesi. Il fenomeno è stato inizialmente interpretato come

una manifestazione culturale specifica del contesto giapponese, ma studi recenti hanno evidenziato la diffusione di quadri analoghi in diversi contesti internazionali, inclusi Italia, Francia, Corea del Sud e Stati Uniti.

Il ritiro sociale può configurarsi in forma primaria, quando non è associato a disturbi psichiatrici riconoscibili, oppure secondaria, quando rappresenta un sintomo o una complicanza di condizioni psicopatologiche quali depressione, fobia sociale, disturbi d'ansia, disturbi dello spettro autistico o dipendenza da internet. Le ricerche mostrano un'elevata prevalenza di comorbidità psichiatriche, anche se non sempre di gravità tale da spiegare in modo esaustivo il comportamento di ritiro. In età adolescenziale, il fenomeno appare spesso correlato a difficoltà scolastiche, esperienze di bullismo, fragilità identitaria e dinamiche familiari disfunzionali. Nei giovani adulti prevalgono invece fattori legati all'incertezza occupazionale, all'ansia da prestazione e alla difficoltà nel passaggio alla vita autonoma.

La valutazione diagnostica del ritiro sociale si avvale attualmente di strumenti come la Hikikomori Questionnaire (HQ-25 e la versione breve HQ-5), ma non esiste ancora una definizione nosografica condivisa nei principali manuali diagnostici (DSM-5-TR, ICD-11). I criteri proposti da Teo e Gaw (2010), che includono elementi di durata, impatto funzionale e esclusione di altre condizioni cliniche primarie, rappresentano un primo tentativo di inquadramento operativo. Tuttavia, la sindrome resta un'entità clinicamente eterogenea, con limiti diagnostici e prognostici ancora aperti.

In ambito clinico, il riconoscimento precoce del fenomeno è essenziale per evitare la cronicizzazione del ritiro e favorire un reinserimento sociale graduale. L'intervento richiede un approccio integrato, spesso domiciliare, che tenga conto della resistenza al contatto diretto e della sfiducia verso le istituzioni. La costruzione di un'alleanza terapeutica flessibile, il coinvolgimento della famiglia e l'attivazione di servizi territoriali dedicati risultano fondamentali per l'aggancio del paziente.

Attualmente è stato sviluppato un nuovo protocollo di intervento cognitivo-comportamentale incentrato sul trattamento dell'isolamento sociale attraverso la telepsicoterapia e la cognitive remediation therapy, superando così le barriere caratteristiche degli interventi in presenza. Anche i genitori consenzienti seguono una telepsicoterapia focalizzata sul disagio psicologico dei figli.

Sul piano della ricerca, appare urgente promuovere studi longitudinali e multicentrici che esplorino i fattori di rischio, i correlati neuropsicologici e le traiettorie evolutive del disturbo, al fine di definire protocolli di intervento mirati e culturalmente sensibili.

Disturbo da Disregolazione dell'Umore con Disforia (DMDD)

Il Disturbo da Disregolazione dell'Umore con Disforia (DMDD) rappresenta una categoria diagnostica relativamente nuova, introdotta nel DSM-5 con l'intento di fornire una diagnosi più accurata per bambini e adolescenti che presentano una condizione di persistente irritabilità e disregolazione emotivo-comportamentale, non meglio ascrivibile ad altri disturbi psichiatrici. La prevalenza globale del disturbo è stimata intorno al 2-5% con una maggior frequenza nei maschi.

Le esplosioni di rabbia rappresentano un elemento cardine del disturbo e possono manifestarsi sia sul piano verbale, sia su quello comportamentale. Tali esplosioni sono ricorrenti e risultano sproporzionate per durata ed entità rispetto al contesto ambientale o a un eventuale trigger. È importante ricordare che tale sintomatologia non rappresenta un fenotipo infantile del disturbo bipolare, ma costituisce un'entità diagnostica distinta. L'umore infatti non subisce oscillazioni e risulta persistentemente irritabile od arrabbiato tra uno scoppio e l'altro di collera.

Diversi studi hanno evidenziato come bambini e adolescenti con DMDD presentino un livello di compromissione funzionale più elevato rispetto ai coetanei affetti da altri disturbi psichiatrici. In particolare, i giovani con DMDD sembrano essere particolarmente svantaggiati in

ambito scolastico, con frequenti difficoltà sia sul piano dell'apprendimento e del rendimento scolastico, sia sul piano delle relazioni con i pari. La presenza di DMDD in anamnesi è inoltre correlata a un rischio aumentato di sviluppare un disturbo depressivo in età adulta, di incorrere in problematiche di salute fisica, di appartenere a contesti socioeconomici svantaggiati e di essere sottoposti all'attenzione delle autorità di pubblica sicurezza.

Data la natura cronica del disturbo, gli interventi devono concentrarsi sia sulla gestione comportamentale che sullo sviluppo di abilità di regolazione emotiva, per aiutare i giovani a fronteggiare efficacemente i loro sintomi. Inoltre, il DMDD appare spesso associato a comorbidità psichiatriche (e.g., ADHD, disturbo oppositivo provocatorio) che complicano ulteriormente il quadro clinico e richiedono un approccio terapeutico multidimensionale.

Il primo passo nel trattamento del DMDD è l'intervento psicoeducativo rivolto ai giovani e alla famiglia. Successivamente, può essere indicata una psicoterapia, che si basa principalmente su interventi cognitivo comportamentali individuali per il bambino e Parent Training per i genitori. Nel caso in cui questi approcci non siano sufficienti si ricorre anche alla farmacoterapia, mirata a gestire i sintomi più gravi e persistenti. Le principali classi di farmaci utilizzati sono gli antipsicotici atipici, stabilizzatori dell'umore, psicostimolanti e agonisti alfa-2 adrenergici 5.

La presenza di DMDD deve essere dunque attentamente valutata al fine di sviluppare strategie terapeutiche adeguate, che rispondano alle esigenze specifiche di questa popolazione.

Disturbi della Nutrizione e Alimentazione

Secondo l'OMS, i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), in particolare, l'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN) rappresentano una delle più frequenti cause di disabilità e la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali per gli adolescenti occidentali. L'Anoressia Nervosa, in particolare, ha il più

alto tasso di mortalità tra tutte le malattie psichiatriche.

Come evidenziato dagli studi di metanalisi, in una significativa percentuale di casi il superamento dell'Anoressia Nervosa consiste nel passaggio a categoria nosografica "minore", dato il parziale o totale recupero ponderale (cross-over diagnostico). L'acquisizione, invece, di una reale libertà dalla ruminazione angosciata e dal controllo marziale del peso e delle proprie forme corporee necessita mediamente di 5-10 anni. L'esordio dei disturbi alimentari avviene generalmente tra i 15 e i 19 anni, anche se i casi precoci sono in continuo aumento. Nel lungo intervallo temporale, che precede la piena remissione, ragazzi e famiglie attraversano varie fasi, non meno complesse degli inizi. Dopo qualche anno dall'esordio spesso compare disinibizione alimentare, accompagnata da pesanti vissuti di vergogna, di colpa, di deformità fisica e da fenomeni autoaggressivi (self-cutting, tentativi di suicidio). Intorno ai 18 anni l'adolescente si sente peggio, mentre i genitori si dicono meno preoccupati alla luce del recupero ponderale e soprattutto meno disposti a "ricominciare da capo" con una nuova equipe. Di qui i frequenti drop out in concomitanza del passaggio ai servizi per gli adulti. Ma il superamento dall'Anoressia Nervosa, la ripresa della soggettivazione adolescenziale rappresentano una gestazione psichica molto travagliata, in cui i ragazzi hanno uno straordinario bisogno dei loro familiari e dei terapeuti di cui hanno imparato a fidarsi.

Negli ultimi anni in Lombardia sono state attivate equipe dedicate al trattamento dei disturbi alimentari nell'ambito dei Progetti Innovativi finanziati da Regione ai servizi di salute mentale. A partire dal 2021, Regione Lombardia ha recepito nella propria programmazione sanitaria le indicazioni nazionali ed internazionali per il contrasto ai DNA, attraverso la L.R. 2/2021 "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie." Tra i principali obiettivi del "Piano regionale biennale di attività per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione" (DGR 7357/2022),

spicca per l'elevato valore strategico la sperimentazione di un unico percorso di trattamento per la fascia d'età 15-24 anni, a multiplo livello d'intervento (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e MAC). La continuità della figura dello psicologo individuale, del terapeuta familiare e del dietista, come prevista dai percorsi per la transition 15-24 anni (DGR 7357/2022), sono un presupposto imprescindibile di efficacia.

Disturbo da abuso sostanze e altre dipendenze patologiche

I disturbi da uso di sostanze, insieme ad altre dipendenze come il gioco d'azzardo patologico e l'Internet Gaming Disorder, rappresentano una questione di rilevanza per la salute individuale e pubblica. L'adolescenza e la giovane età adulta sono caratterizzate da vulnerabilità emotiva e da un incremento dei comportamenti a rischio, tra cui il consumo di sostanze psicoattive. Le conseguenze dell'uso di sostanze possono protrarsi nel tempo, influenzando negativamente gli esiti sociali, psicologici e sanitari, e giustificano pertanto la necessità di strategie preventive e interventi mirati (Hall WD et al, 2016). Durante l'adolescenza si registra la massima incidenza dell'inizio del consumo di sostanze. Le modalità e i livelli di consumo variano significativamente in relazione al contesto sociale, alla disponibilità delle sostanze e alle caratteristiche individuali. A livello globale, l'uso di sostanze contribuisce in misura rilevante al carico di malattia tra i giovani adulti, in particolare in Europa occidentale, dove l'impatto sanitario associato a tale uso è significativo.

In Europa, la cannabis è la sostanza più utilizzata tra i giovani, con una prevalenza del 18,6% nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni. La cocaina rappresenta la seconda sostanza illecita per diffusione. Anche l'uso di MDMA (ecstasy) risulta in aumento, con il 2,2% dei giovani adulti che ne ha fatto uso nell'ultimo anno. Le nuove sostanze psicoattive (NPS) costituiscono una categoria particolarmente rischiosa, in quanto spesso caratterizzate da composizioni non note o non standar-

dizzate. Una tendenza in crescita è rappresentata dal policonsumo, ovvero l'assunzione concomitante di più sostanze, che comporta un rischio significativamente maggiore di sviluppare complicanze gravi. Il Nord Italia rappresenta un contesto in cui i rischi emergenti risultano particolarmente evidenti.

I disturbi da uso di sostanze e altre dipendenze comportamentali tra i giovani richiedono un'attenzione specifica e l'adozione di strumenti di intervento articolati. Le evidenze disponibili, a livello europeo e internazionale, sottolineano l'importanza di programmi preventivi mirati ai giovani e di un rafforzamento dei servizi di riduzione del danno. I risultati relativi alle conseguenze a lungo termine dei disturbi da uso di sostanze nei giovani evidenziano, inoltre, la necessità di promuovere attività sistematiche di screening in questa fascia d'età, così come di attuare programmi di prevenzione e interventi terapeutici adeguati al livello di rischio.

Le équipe dedicate ai pazienti adolescenti e giovani adulti abitualmente collaborano con i servizi presenti sul territorio delle ASST o compresi nel DSMD (SERD o SMI), tuttavia le diverse realtà territoriali seguono protocolli e pratiche differenti, legate alle specificità locali, anche se in generale si condivide la necessità di lavorare in sinergia, data la ormai evidente sovrapposizione soprattutto in età giovanile di comportamenti di abuso e dipendenza a quadri di disturbi di competenza psichiatrica.

Disforia di Genere

La disforia di genere è il disagio che una persona può provare quando la propria identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita. È importante distinguere l'identità di genere (come il soggetto si sente rispetto al proprio sesso biologico) dall'orientamento sessuale (verso chi è diretto l'interesse sessuale) e dal sesso biologico (sesso alla nascita), perché il genere è un costrutto culturale complesso che va oltre le caratteristiche anatomiche.

Negli ultimi anni, la classificazione della disforia di

genere è cambiata. L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha rimosso la transessualità dalla categoria dei disturbi mentali, spostandola nelle condizioni di salute sessuale. Anche nel DSM-5 e nell'ICD-11, la diagnosi è passata da "disforia di genere" a "incongruenza di genere", per ridurre lo stigma e riconoscere che non si tratta di una malattia mentale.

Dal punto di vista epidemiologico, stimare il numero di persone transgender e gender non-conforming è complesso. I dati disponibili indicano che la percentuale nella popolazione generale varia dallo 0,01% allo 0,2%, ma questi numeri aumentano tra adolescenti e giovani adulti. Inoltre, si osserva una tendenza interessante: nei bambini il fenomeno riguarda più spesso i maschi assegnati alla nascita (AMAB), mentre nell'adolescenza sono più numerose le femmine assegnate alla nascita (AFAB).

Sul piano terapeutico, il trattamento della disforia di genere segue le linee guida internazionali (Standard of Care, SOC), che prevedono un percorso graduale:

- I. Valutazione diagnostica e gestione di eventuali comorbidità:
- II. Esperienza di vita reale (Real Life Experience, RLE) di almeno 12 mesi, in cui la persona vive secondo il genere con cui si identifica anche seguendo la carriera ALIAS
- III. Terapia ormonale personalizzata per mascolinizzazione o femminilizzazione, e, se desiderato, intervento chirurgico per la riassegnazione del sesso.
- IV. Psicoterapia di supporto, per aiutare la persona a esplorare la propria identità e affrontare il percorso di transizione.
- V. Rettifica anagrafica, che dal luglio 2024 non richiederà più l'intervento chirurgico.

Il potenziamento di un servizio sanitario territoriale per i giovani con disforia di genere è essenziale per garantire un accesso equo e tempestivo alle cure, migliorando il loro benessere psicologico e fisico. Uno dei principali motivi è l'aumento del numero di giovani che si identificano come transgender o gender non-conforming.

La crescita della domanda richiede servizi adeguati e accessibili per rispondere ai bisogni di questa popolazione in espansione.

Un altro elemento fondamentale è l'equità nell'accesso alle cure. La presenza di servizi territoriali riduce le barriere legate a lunghe liste d'attesa o spostamenti in altre città, garantendo che ogni giovane possa ricevere assistenza adeguata vicino al proprio luogo di residenza.

Il percorso di transizione richiede una diagnosi e un monitoraggio continuo. La presenza di strutture sanitarie specializzate permette di offrire un accompagnamento personalizzato, con terapie ormonali e psicologiche adeguate alle esigenze individuali. Inoltre, un servizio territoriale inclusivo può ridurre lo stigma e fornire un ambiente sicuro, come evidenziato dal Minority Stress Model, che sottolinea l'impatto negativo della discriminazione sulla salute mentale delle persone transgender.

Infine, il trattamento della disforia di genere prevede un follow-up costante per monitorare gli effetti delle terapie ormonali e il benessere psicologico. Un servizio territoriale ben strutturato garantisce un percorso più sereno, evitando interruzioni e assicurando il miglior supporto possibile.

In conclusione, investire nel potenziamento dei servizi sanitari territoriali per i giovani con disforia di genere è fondamentale per offrire cure tempestive, ridurre il disagio psicologico e migliorare la qualità della loro vita.

RETE DI CURA

Criticità attuali

La Legge 15/2016 approvata da Regione Lombardia in merito alla tutela della salute mentale ha individuato la necessità di una stretta collaborazione operativa tra discipline diverse (psichiatria, NPJA, servizi per le dipendenze, psicologia clinica, area della disabilità) nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. A distanza di alcuni anni dall'approvazione della Legge 15, la sua attuazione è tuttavia ancora poco omogenea e del tutto

incompleta, sia dal punto di vista organizzativo che dal punto di vista della realizzazione dei percorsi assistenziali.

Il tema dell'integrazione tra discipline diverse è cruciale nella prevenzione e cura dei disturbi psichici nella fascia giovanile (15-24 anni), considerata l'elevata frequenza di comorbidità tra disturbi psichici e disturbi correlati all'uso di sostanze. Appare necessario lo sviluppo di percorsi di integrazione tra le diverse discipline che afferiscono all'area salute mentale (psichiatria, NPJA, servizi per le dipendenze, psicologia clinica) da costruire all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.

Allo stato attuale vi è un'ampia eterogeneità nella composizione dei modelli organizzativi applicati nelle diverse ASST: Centri specifici distaccati dedicati al paziente giovane, CPS con equipe dedicate, CPS con equipe integrate. Le singole esperienze di lavoro pur progredendo in autonomia hanno visto avvicinarsi delle criticità nella realizzazione degli interventi che possono essere riassunte in alcuni punti principali: fragilità della rete di cura, difformità nelle pratiche e nei percorsi clinici, variabilità locale nella disponibilità di risorse, scarsa collaborazione tra gli ambiti disciplinari che afferiscono alla salute mentale.

Una recente ricerca epidemiologica che ha indagato la qualità dell'assistenza erogata dai servizi di salute mentale in diverse regioni italiane utilizzando i dati del sistema informativo nazionale dell'assistenza psichiatrica, ha evidenziato, anche in Regione Lombardia, una estrema eterogeneità dei percorsi di cura dedicati ai pazienti presi in carico per la prima volta dai servizi psichiatrici. Seppur sia evidenziata una soddisfacente capacità di risposta dei servizi territoriali alla presa in carico successiva ad un ricovero ospedaliero, i pazienti di nuova presa in carico presentano un'intensità moderata di assistenza ambulatoriale, in particolare per gli interventi psicosociali, un basso livello di assistenza domiciliare e di continuità assistenziale a livello territoriale, un numero considerevole di ricoveri presso le strutture residenziali, una ridotta continuità nella terapia farmacologica e una scarsa attenzione nel

monitoraggio degli effetti collaterali. Inoltre, i percorsi assistenziali per i nuovi casi non sono implementati sulla base di una valutazione strutturata, e questa carenza non garantisce una sufficiente appropriatezza dei percorsi di cura erogati.

Lo sviluppo futuro dovrebbe indirizzarsi a creare un sistema di cura strutturato che sia riproducibile in zone logisticamente diverse, con differenti reti sociali e con offerte sanitarie dissimili. Al fine di poter ipotizzare un percorso di cura definito come “golden standard” può essere ipotizzabile declinare i passaggi di cura in una forma generica realizzabile in tutti i differenti contesti. Nella costruzione della “mappa di cura” si possono definire generici interventi obbligatori per raggiungere il golden standard, e per ogni intervento obbligatorio può essere declinato in modo sempre più specifico il coinvolgimento di servizi e reti, in una progressione di specificità che partendo dalle zone meno ricche di opportunità e strumenti giunga fino alle zone più ricche di reti e servizi.

Sotto questo aspetto appare ancora di estrema attualità il documento relativo alla “Definizione di percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale” approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome nel 2014 a seguito dell’approvazione del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (2013). Nel documento nazionale si configurano percorsi clinici ottimali per i principali disturbi psichiatrici e si forniscono standard di riferimento per gli interventi clinici e riabilitativi, basati sulle evidenze e sulle raccomandazioni delle Linee Guida accreditate dalla comunità scientifica, tenendo conto delle diverse fasi di malattia (l’esordio, l’episodio acuto, la fase dei trattamenti continuativi e a lungo termine a livello territoriale).

I Servizi per la Salute Mentale in Regione Lombardia (Legge 15/2016)

In Regione Lombardia l’organizzazione dei servizi per la salute mentale e gli obiettivi di lavoro dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze trovano precise

indicazioni nella Legge 15 del 2016 che definisce le “Norme in tutela della Salute Mentale” in ambito regionale.

La Legge 15/2016 definisce che afferiscono all’area della salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica e che l’erogazione delle prestazioni e delle attività inerenti ai servizi di cui al presente capo è affidata ai soggetti pubblici e privati accreditati, secondo le indicazioni e la programmazione delle ATS competenti per territorio.

Secondo quanto previsto dalla Legge, il Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze istituito nelle ASST è articolato in una o più unità operative dei servizi dipendenze (UOSD), in una o più unità operative di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza (UONPIA), in una o più unità operative di psichiatria (UOP), in una o più unità operative di psicologia (UOPsi), oltreché in servizi dedicati alla disabilità psichica.

Riguardo alle Unità Operative che afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, le UOSD operano con metodo multidisciplinare e assicurano le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Le UOSD si occupano delle patologie riferibili all’uso, all’abuso e alla dipendenza da sostanze psicoattive; si occupano e garantiscono altresì un’organizzazione per lo specifico alcolologico e per le patologie da dipendenze comportamentali. Nell’ambito delle UOSD sono organizzati i servizi per la tutela dei soggetti colpiti da dipendenza ristretti in carcere, sia per lo sviluppo di programmi specifici intramurari, sia per l’elaborazione di programmi alternativi alla pena, come indicato dal decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza). Le UONPIA sono dotate di adeguate risorse nell’ambito dei livelli organizzativi in cui sono istituite. Svolgono attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione nei disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici dell’età evolutiva e nelle disabilità

dello sviluppo, nonché agiscono in stretta integrazione sia con le unità operative dell'area di salute mentale sia con le unità operative dell'area materno-infantile e, a tali fini, adottano le configurazioni organizzative più adeguate a ottimizzare i percorsi di cura, in coerenza con le indicazioni fornite dalla programmazione regionale e di quella della ATS competente per territorio. Le UOP sono articolate nei presidi ospedalieri, nelle reti territoriali, residenziali e semiresidenziali, per rispondere ai bisogni di salute mentale e operano in sinergia con gli enti locali e la rete sociale per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura del paziente. Le UOP, in coerenza con la programmazione regionale e la normativa nazionale, organizzano forme di servizio idonee per i pazienti autori di reato, inclusi quelli in condizione di detenzione e in misura di sicurezza. Le UOPsi sono articolate nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, tenendo conto delle esigenze della popolazione di riferimento, compresi i pazienti autori di reato. Orientano le attività di ambito psicologico alla presa in carico dei bisogni clinici di valutazione, cura, riabilitazione e delle fragilità della persona nell'intero ciclo di vita, anche collaborando con altre unità operative. Possono sperimentare modelli di psicologia di comunità, anche nell'ambito scolastico, e interventi integrati con l'assistenza di primo livello di medicina generale e le aree specialistiche, tra cui la materno-infantile, e negli stati a rischio.

La Legge 15 definisce che è obiettivo prioritario del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze la promozione della salute mentale in ogni età della vita. La legge definisce a questo riguardo degli obiettivi specifici di lavoro. Tra questi obiettivi, in relazione alla tematica del trattamento dei disturbi mentali in età giovanile, è previsto dalla Legge che i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze debbano garantire la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di biso-

gno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio, nonché la previsione di spazi mirati e progetti di intervento appropriati e integrati fra ospedale e territorio, in collaborazione con gli erogatori pubblici e privati accreditati e con i diversi attori interessati, quali gli enti locali, i servizi specialistici, le famiglie e le associazioni. È inoltre prevista nella Legge la promozione di percorsi di cura e assistenza per i pazienti con patologie emergenti nell'ambito psicologico, delle dipendenze e dei disturbi psichiatrici di tutte le età, assicurando l'accesso a specifici programmi innovativi, compresi i percorsi a tutela della salute fisica

Programmi innovativi dedicati ai giovani

Nell'ambito dei programmi innovativi in Regione Lombardia i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze hanno attivato negli ultimi 15 anni equipe dedicate alla presa in carico dei giovani pazienti.

Nella maggior parte dei DSMD si sono costituite equipe dedicate operanti all'interno dei CPS "generalisti". Le equipe sono generalmente costituite da personale strutturato e personale acquisito grazie ai finanziamenti di Regione Lombardia nella cornice dei progetti innovativi.

Il CPS giovani è invece a tutti gli effetti un CPS dedicato alla popolazione 18-25 anni afferente all'intero DSMD, con accesso diretto (ordinario o in urgenza) che fornisce assessment specifico, trattamento multidisciplinare, secondo i percorsi di cura di consulenza, assunzione in cura e presa in carico, gestione dell'acuzie, la somministrazione di terapie, visite domiciliari ed interventi sul territorio. In questo caso l'unico criterio di esclusione è l'età minore di 18 anni o maggiore di 25.

L'intervento deve essere tempestivo e le modalità di approccio al paziente accoglienti e informali. Le equipe prevedono la presenza di psichiatri, psicologi psicoterapeuti, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali ed infermieri professionali. Nel caso del CPS dedicato ai

giovani il luogo è non connotato, confortevole e possibilmente “a misura” della giovane utenza. Questo prevede anche la possibilità di utilizzare modalità “smart”, quindi la disponibilità di device.

L'assessment è diventato sempre più importante per l'identificazione di microfenotipi potenzialmente suggestivi di evoluzione in psicopatologia e deve comprendere l'identificazione di tratti di personalità disfunzionali, indagine sui sintomi di disturbi dell'umore, descrizione del funzionamento, intercettazione di rischio di evoluzione in psicosi, presenza di neurodivergenze, indagine sulla presenza di ideazione suicidaria nonché di comportamenti di abuso e dipendenza con e senza sostanze. Le famiglie possono essere coinvolte fin dall'assessment, con il consenso del paziente, o successivamente con incontri di psicoeducazione individuali o di gruppo (come, ad esempio, nel modello della Family Connection).

Le equipe sono, secondo le linee guida, multidisciplinari e prevedono l'attivazione di interventi multicomponentiali studiati sulle specificità identificate attraverso l'assessment e tramite i primi colloqui clinici.

L'attivazione di gruppi, oltre ai trattamenti individuali, permette di coinvolgere un numero maggiore di pazienti, ridurre i costi, attivare dinamiche di condivisione, modeling; possono essere attivati ad esempio gruppi per la gestione dell'ansia, gruppi per il trattamento di disturbi a minore gravità oppure all'interno di trattamenti specifici come nel caso dello Skills Training nel trattamento DBT o gruppi di psicoeducazione su disregolazione emotiva o neurodivergenze.

Le equipe devono lavorare in stretta connessione con le altre strutture del Dipartimento (come SPDC, Servizi per le dipendenze e DNA), con i medici di medicina generale, i Servizi Sociali, i Consultori, le scuole e con la rete informale del territorio, anche avvalendosi all'attivazione della Community Coalition (nell'ottica di inclusione, riduzione dello stigma e sensibilizzazione del territorio).

Questo modello prevede una transizione in entrata con i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'A-

dolescenza del territorio (vedasi paragrafo “equipe funzionali per la transizione”). Sarà necessario altresì curare la transizione in uscita laddove non sia stata possibile una dimissione dal servizio.

Nel caso di disturbi dello spettro autistico e disabilità possono essere attivabili servizi del terzo settore in collaborazione con i Servizi Sociali.

Interventi di psicoeducazione dedicati ai familiari

Nel corso degli ultimi anni il termine psicoeducazione è stato sostituito con “family intervention” estendendo il concetto e le pratiche della informazione e educazione sul disturbo al “problem solving”, agli interventi sulla comunicazione e a opinioni di sostegno rivolte al benessere dei singoli membri della famiglia: genitori, fratelli e sorelle e a tutti i carer, anche al di fuori del legame familiare.

Nei programmi di intervento precoce nella salute mentale sono considerati parte integrante del trattamento della maggior parte dei disturbi.

È un'area di interfaccia tra i servizi e terzo settore: in Lombardia le associazioni di familiari organizzano corsi per i carer, implementano e sostengono percorsi di gruppo psicoeducativo e/o di “peer education” con la formazione e supervisione da parte di clinici esperti.

La psicoeducazione ai familiari CBT oriented è inserita in tutte le linee-guida sul trattamento dell'esordio psicotico del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2014), ed è fortemente raccomandata nelle linee-guida italiane sugli interventi precoci per la schizofrenia (SNLG, 2007).

Il costrutto chiamato Expressed Emotion è stato individuato come “fattore psicosociale di ricaduta” ed è stato l'impulso alla costruzione dei programmi per i disturbi dell'Asse I: l'obiettivo iniziale è quello di abbassare alcune caratteristiche di EE o caratteristiche correlate dell'ambiente familiare che gli studi indicano influenzare negativamente il corso del disturbo.

L'intervento si declina in tre fasi: offrire alla famiglia e al paziente informazioni sui disturbi psicotici, incremen-

tare le abilità di “problem solving” e le strategie di coping; massimizzare la capacità di riconoscere eventuali segnali prodromici legati a una possibile ricaduta, per prevenirla o agire tempestivamente; qualora necessario, preparare i familiari e il paziente a far fronte a una ricaduta.

Per i pazienti con disturbo borderline di personalità, i risultati degli studi sull'E.E. erano contrari a quelli ottenuti per i disturbi di Asse I: più i membri della famiglia erano “emotivamente coinvolti” con il paziente, meglio il paziente stava nel corso di un anno della malattia. È stato significativo questo risultato perché ci dice che “aiutare i membri della famiglia a stare emotivamente con il paziente” può essere importante per il benessere del paziente.

Si è osservato che i familiari di pazienti con disturbo borderline presentano un livello di distress psicologico più elevato rispetto alla popolazione generale e ai familiari di pazienti con un'altra condizione psichiatrica.

Il programma Family Connections è stato concepito con l'obiettivo di sostenere i membri della famiglia nei loro sforzi per essere emotivamente coinvolti con i loro familiari in modo efficace, per aumentare il proprio benessere e anche avere un effetto positivo sul parente con il DBP. Per questi motivi è stato sviluppato da un team di esperti americani che afferiscono alla NEA.BPD (National Education Alliance for Borderline Personality Disorder), il programma Family Connections: un intervento evidence based manualizzato gratuito multi-famigliare di 24 ore che si svolge settimanalmente della durata di 12 incontri settimanali; è strutturato in 6 moduli che comprendono interventi didattici sul disturbo e strategie basate sulla Dialectical Behavior Therapy standard (DBT) per famiglie; è condotto da psicoterapeuti e/o familiari che hanno ricevuto un training specifico con lo scopo di fornire ai partecipanti delle competenze utili al loro benessere e alla comprensione dei comportamenti del loro caro. Gli obiettivi del Family Connections sono (a) fornire le informazioni e le ricerche più recenti sul disturbo borderline (psicoeducazione psicodidattica), (b) insegnare strategie di coping individuali, (c) abilità familiari e (d) offrire l'opportunità

di costruire una rete di supporto ai familiari di pazienti con disturbo borderline. I dati di verifica di ricerche condotte dal NIMH (National Institute of Mental Health) negli Stati Uniti mostrano che, dopo il completamento del corso, i familiari sperimentano minori indicatori di depressione, carico e dolore, e maggiore sensazione di abilità nel controllare la situazione.

Grazie al progetto JA Implemental dodici ASST lombarde nel 2024 hanno attivato almeno un gruppo di Family Connection; in altre sei, non ancora attive su questo fronte, dal confronto diretto con gli operatori, emerge la scelta di una progressione nell'attivazione dei gruppi, a partire da quelli dedicati ai pazienti per arrivare solo in un secondo momento a quelli focalizzati sui familiari. URASaM (associazione di secondo livello a difesa dei diritti di malati e familiari per la salute mentale) ha contribuito alla JA facilitando la rete mettendo a disposizione dei gruppi di Family Connection un familiare formato facilitando l'organizzazione di gruppi di mutuo auto-aiuto. La risposta delle EI (Equipe di implementazione) ha mostrato una marcata variabilità, da territorio a territorio, ma in generale i tempi di attivazione di questi interventi con le Associazioni di Familiari sono andati in parallelo all'attivazione dei gruppi Family Connection.

Anche nel percorso di transizione NPJA/CPS è fondamentale un intervento di psicoeducazione con i familiari in merito ai temi specifici: il cambio di paradigma nella presa in carico che li vede meno centrali, informazioni sul servizio per adulti, problem solving su comportamenti disfunzionali e intercettazione dei sintomi precoci delle gravità psicopatologiche; si tratta di interventi di gruppo ancora sporadici e sostenuti da progetti a termine con la partecipazione delle associazioni del terzo settore.

Il Progetto JA ImpleMental - Implementare le Best Practice per il Disturbo di personalità borderline (DBP) nei DSMD lombardi

Nell'ambito del Progetto europeo JA ImpleMental, l'Italia aveva come obiettivo un'azione migliorativa sulla qualità

della cura erogata ai giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 30 con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) attraverso l'implementazione di interventi psicosociali basati sulle evidenze e l'attivazione di un processo di inclusione sociale e recovery nei servizi di salute mentale per adulti sul territorio lombardo.

Hanno aderito 298 operatori provenienti da 23 ASST lombarde: in 18 ASST alla formazione ha fatto seguito l'implementazione, 5 ASST hanno ricevuto la formazione, ma non hanno poi implementato progetto. Nelle EI sono stati coinvolti 179 operatori, con una mediana di 9 operatori per ciascuna ASST aderente al progetto.

Nel progetto pilota lombardo, accanto all'arruolamento dei pazienti e all'attivazione degli interventi psicosociali, è stata data particolare attenzione alla collaborazione intersettoriale con i servizi sociali e le associazioni di familiari e utenti e alla centralità del processo di recovery e di inclusione sociale.

L'implementazione ha previsto l'arruolamento per ciascuna ASST di almeno n.15 pazienti di età compresa tra i 18 e i 30 anni con DBP, con priorità ai pazienti al primo contatto con il servizio. Complessivamente sono stati reclutati 314 pazienti, con una media di 17,5 pazienti per ASST. Nove pazienti su dieci sono di genere femminile: questo dato riflette la maggiore difficoltà nella presa in carico dei pazienti giovani di sesso maschile. Sono stati complessivamente erogati 24.000 interventi, di cui 11.400 di carattere psicosociale. Il 68% dei pazienti ha raggiunto uno degli obiettivi del progetto, ricevendo almeno cinque interventi psicosociali nei primi tre mesi di presa in carico. La valutazione iniziale con strumenti strutturati ha interessato circa un terzo dei pazienti, come pure l'attività rivolta specificatamente ai familiari, le percentuali dei pazienti che hanno ricevuto interventi psicoeducativi (43%) e psicoterapici/psicologici (57%) sono superiori. Rispetto all'applicazione dei contenuti della formazione nella pratica quotidiana, le EI hanno in generale implementato l'utilizzo di test a fianco del colloquio clinico.

Rispetto alle Associazioni di Familiari, invece, esiste una difficoltà legata al fatto che queste ultime non avevano fino a oggi svolto in modo omogeneo un ruolo attivo nei confronti di una nuova psicopatologia emergente (il DBP) e nella fascia dei giovani adulti. L'implementazione dei gruppi di Family Connection ha permesso la partecipazione dei familiari anche alla formazione, e quindi l'attivazione delle associazioni su questo fronte. Si è rivelata ulteriormente efficace la mediazione dell'URASaM, che ha intercettato le EI e facilitato il coinvolgimento delle associazioni locali.

Altro strumento per l'estensione delle azioni pilota dopo la fine della JA è stata una semplice Roadmap di Implementazione.

L'estensione della BP a due terzi delle ASST lombarde e il miglioramento della qualità della cura per i pazienti inclusi nel progetto sono stati i risultati principali di questa implementazione; sostanzialmente i pazienti arruolati hanno ricevuto con maggiore frequenza interventi psicosociali precoci e intensivi. Questi risultati, sia in termini di estensione territoriale sia in termini di attività rivolta ai pazienti e ai familiari, sono stati raggiunti non solo grazie all'adesione e alla motivazione del personale dei DSMD ma anche attraverso la capacità dei DSMD, intesi come organizzazione, di accogliere l'innovazione e lavorare per consolidarla, anche in un momento di crisi come l'attuale.

Le raccomandazioni più specifiche emerse sono a livello organizzativo di consolidare e potenziare all'interno dei CPS le équipes specialistiche dedicate ai giovani, estendere il processo di formazione anche ad altri operatori/strutture, accompagnandolo con forme di supervisione ed implementando una rete di raccordo regionale tra le diverse ASST; inserire in tutti i progetti di implementazione specifici strumenti di analisi dei bisogni, di definizione degli obiettivi e di pianificazione delle attività, prevedere sempre all'interno dei progetti regionali un'attività di coordinamento regionale, consolidare la collaborazione istituzionale intersettoriale nel trattamento dei giovani con DBP sia a livello di Regione Lombardia che di ATS e

includere questo obiettivo all'interno della pianificazione ASST/ATS, attivare un percorso di cura a livello regionale, sul modello dei PDTA, promuovere e monitorare i processi di task-sharing e task shifting nel trattamento dei giovani con DBP, sia all'interno del percorso di cura regionale che a livello dei singoli DSMD.

A livello locale garantire in tutti i DSMD un collegamento organico con le associazioni di utenti e familiari per favorire un loro coinvolgimento nell'erogazione di interventi psicosociali, rivolti a familiari e concordati con il DSMD, coinvolgere il paziente nella definizione del proprio programma di trattamento ed attivare la collaborazione delle associazioni di utenti e familiari, del terzo settore e dei servizi sociali dei Comuni, monitorando i risultati. Infine, favorire l'informazione della popolazione sulle attività innovative promosse dai DSMD, sviluppare un rapporto più stretto con le Strutture Aziendali dedicate alla comunicazione e accompagnare il monitoraggio anche con una valutazione dell'esito delle pratiche e dei trattamenti.

Lo sviluppo della rete territoriale: case di comunità e servizio di psicologia delle cure primarie

Il potenziamento della medicina territoriale vede nello sviluppo delle Case di Comunità e nell'attivazione del Servizio di Psicologia delle cure primarie due importanti novità che possono rappresentare un'importante opportunità di collegamento a livello del territorio per i servizi di salute mentale, con particolare riferimento alla tematica dell'intercettazione delle problematiche di salute mentale in area giovanile.

Le Case di Comunità rappresentano un presidio che, in relazione alla loro finalità e alla presenza di equipe multidisciplinare costituita da Infermieri di Famiglia o Comunità (IFeC), medici del distretto, MMG e gli Specialisti delle principali branche ambulatoriali, può costituire un punto di riferimento ideale per costruire percorsi di presa in carico integrata con i servizi per la salute mentale.

Le procedure congiunte tra servizi di salute mentale e Case di Comunità che insistono sulle stesse aree urbane, portano ad una maggiore, più semplice e più rapida presa in carico dei problemi emergenti di salute somatica dei pazienti psichiatrici e, viceversa, facilita l'accesso ai servizi psichiatrici, attivando il più precocemente possibile una presa in carico.

Gli operatori delle Case di Comunità nel corso della loro specifica attività possono infatti venire in contatto con pazienti che presentano problematiche psicopatologiche e/o emotive, che già sono in cura psichiatrica o che devono essere inviati ai servizi psichiatrici territoriali di competenza per una corretta valutazione clinica.

La possibilità di una presa in carico globale dei problemi della persona, sia di quelli di natura psichica che di quelli di natura somatica, a volte derivanti dai primi, migliora la qualità e la prospettiva di vita della persona ed è di importante supporto alla famiglia e ai caregivers che hanno in carico l'assistenza di questi pazienti, facilitandone i percorsi assistenziali.

All'interno della stessa cooperazione, sarebbe vantaggiosa per i pazienti l'adozione di schemi di controllo periodici sugli effetti iatrogeni, secondo le raccomandazioni delle principali linee guida internazionali.

Inoltre, l'accesso dei pazienti per il controllo della loro salute in strutture frequentate dall'intera comunità della zona di residenza favorirebbe la loro inclusione e l'abbattimento dello stigma nei confronti delle patologie psichiatriche.

Il Servizio di psicologia delle cure primarie, istituito con la Legge regionale del 15 gennaio 2024, n.1, ha tra le proprie finalità l'offerta di un supporto psicologico tempestivo, diffuso e di prossimità, nonché il sostegno e l'integrazione dell'azione dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e dei professionisti della salute mentale e della prevenzione nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base di natura psicologica dei cittadini, favorendo lo stato di salute bio-psico-sociale. Il Servizio opera con le seguenti finalità:

- intercettare tempestivamente iniziali segni di sofferenza psicologica;

- assicurare diagnosi e interventi psicologici precoci;
- fornire consulenza e supporto di natura psicologica alle persone e ai loro nuclei familiari;
- fornire un orientamento appropriato per l'invio ai servizi specialistici della salute mentale e delle dipendenze, ai consultori, ai servizi sociosanitari o per la disabilità, o per l'esecuzione di ulteriori approfondimenti di secondo livello, come la valutazione neuropsicologica;
- erogare cure psicologiche di prossimità a integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari offerti in ambito distrettuale, anche in collaborazione con gli enti del terzo settore presenti sul territorio;
- valutare il bisogno psicologico della persona e della famiglia, al primo accesso, attraverso il punto unico di accesso (PUA) della casa di comunità, la centrale operativa territoriale (COT), oppure su invio di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici specialisti ambulatoriali e servizi sociali.

La Legge regionale prevede che lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie sia uno degli attori degli interventi di prevenzione selettiva e che rivolga la propria azione in modo particolare agli adolescenti e ai loro familiari, per i quali è previsto un accesso rapido e diretto a diagnosi e interventi precoci, in coordinamento con i consultori e i servizi specialistici del dipartimento della salute mentale e delle dipendenze.

Il ruolo del terzo settore

Il Terzo Settore nasce per rispondere alle esigenze dei pazienti psichiatrici, non sempre soddisfatte dagli interventi offerti dai Servizi di Salute Mentale.

La sua integrazione coi servizi psichiatrici consente di migliorare la qualità della vita delle persone con disturbi mentali e dei loro familiari, favorendo la loro integrazione nella comunità attraverso progetti innovativi e personalizzati.

Oltre all'attività clinica diretta ai pazienti e alle loro famiglie, i servizi di salute mentale possono essere promotori di una vasta azione rivolta al contesto sociale, costituendo una stretta collaborazione con un nutrito

gruppo di realtà del privato-sociale e del Terzo settore. Quest'ultimo include organizzazioni non profit e associazioni di volontariato, che possono offrire supporto emotivo e psicologico, servizi di inclusione sociale e lavorativa, attività di sensibilizzazione ed advocacy.

Sono esempi le note Fondazione Aiutiamoli, Itaca, Semprevivi, Fare assieme, associazione "La cordata", cooperativa teatrale "Graffi in scena", ma anche parroci degli oratori od altre realtà di volontariato attive nel contesto territoriale sono importanti risorse per la definizione di progetti terapeutici costruiti sulla persona.

Scopo di questa collaborazione è la progettazione di interventi sul territorio, con molteplici finalità che prevedono la responsabilizzazione e sensibilizzazione sui bisogni dei pazienti psichiatrici; favorire l'accesso rapido ai servizi dei soggetti a rischio di disturbi gravi o garantire l'adesione e continuità della presa in carico di pazienti con patologie già conclamate.

Il terzo settore è una risorsa per il sostegno nei contesti in cui si svolge la vita delle persone affette da un disturbo psichiatrico, favorendo l'integrazione dei pazienti e promuovendo la consapevolezza e la comprensione dei disturbi mentali.

PROPOSTE ORGANIZZATIVE

Priorità per lo sviluppo di interventi di salute mentale dedicati ai giovani

Gli interventi territoriali nella salute mentale giovanile rappresentano una strategia fondamentale, con benefici clinici e prognostici significativi. Un approccio precoce e continuativo, offerto da servizi dedicati specificamente a questa fascia d'età (adolescenti e giovani adulti), integrati nel territorio (come ambulatori e centri diurni), permette di intercettare tempestivamente il disagio, riducendo il rischio di cronicizzazione e favorendo il mantenimento delle competenze sociali e relazionali dei giovani. L'ospedalizzazione, pur necessaria in fasi acute, può interrompere il percorso di vita e rendere più complessa la continuità assistenziale.

Dal punto di vista economico e sociale, investire nei servizi territoriali si traduce in una notevole riduzione dei costi sanitari, limitando i ricoveri e gli accessi al pronto soccorso. Parallelamente, si contengono i costi sociali indiretti, come la perdita di giornate scolastiche o lavorative e il carico sull'assistenza familiare, migliorando la qualità della vita delle famiglie. Potenziare questi servizi consente inoltre un utilizzo più efficiente delle risorse esistenti.

Le Linee guida internazionali e regionali sottolineano la necessità di garantire livelli essenziali di assistenza uniformi, orientando le risorse verso modelli territoriali multidisciplinari. La sintesi delle evidenze scientifiche concorda nel ritenere che un investimento mirato nei servizi territoriali per la salute mentale giovanile sia la scelta più efficace per migliorare la prognosi, ridurre la cronicità, promuovere l'autonomia e generare significativi risparmi economici e sociali. Questo approccio integrato e vicino al contesto di vita dei giovani favorisce una gestione più efficace e sostenibile della loro salute mentale.

Nel presente documento vengono identificati quattro interventi prioritari per un miglioramento dell'organizzazione dei servizi di salute mentale con un orientamento mirato alla prevenzione e all'implementazione di percorsi appropriati per la diagnosi precoce ed il trattamento dei disturbi mentali negli adolescenti e giovani adulti:

- la *Coalizione Comunitaria* come modello operativo per gli interventi di prevenzione;
- Equipe funzionali per la transizione;
- Equipe funzionali per l'acuzie psichiatrica in adolescenza (APA);
- Servizi dedicati alla salute mentale in età giovanile

La Coalizione Comunitaria come modello operativo per gli interventi di prevenzione

La diffusione dei disturbi psichici in età 14 - 24 anni, giunta a livelli epidemiologici allarmanti già in epoca pre-pandemica e ora in ulteriore espansione, tanto da interessare dal 15 al 20% dei ragazzi, esige proposte incisive e tempestive, con azioni a due livelli: i servizi e la comunità. Affrontare il disagio ado-

lescenziale e giovanile è necessario per prevenire disturbi più gravi ed essenziale è poter identificare molto precocemente i giovani che vivono situazioni di vulnerabilità e che sono a rischio per avviare interventi efficaci nei loro contesti di vita. Come raccomandato anche dalla letteratura scientifica aggiornata, occorre coinvolgere la realtà sociale, le aggregazioni presenti nel territorio e realizzare una autentica collaborazione con i servizi sanitari e sociali, che i giovani devono sentire come accessibili, prossimi e possibilmente alleati.

Il modello della Coalizione Comunitaria, attraverso la partecipazione delle istituzioni ed enti sociosanitari e delle realtà associative presenti nel territorio contribuisce a:

- Comprendere le caratteristiche del problema e sensibilizzare la popolazione
- Avere una comune formazione per individuare segnali di disagio e criteri di intervento
- Attivare processi di integrazione tra le varie istituzioni e i soggetti della rete sociale
- Identificare situazioni vulnerabili o a rischio e favorire i percorsi di prevenzione e cura attuati da equipe multiprofessionali
- Condividere e coordinare gli interventi nell'ambito della Coalizione comunitaria
- Consolidare e sviluppare con i servizi sanitari e sociali territoriali tale metodologia.

Il modello della Coalizione Comunitaria prevede il coinvolgimento delle realtà operanti nel territorio (enti, cittadini, scuole, oratori, centri di aiuto allo studio, gruppi giovanili), per mobilitare la rete sociale verso l'obiettivo comune di prevenire le situazioni di disagio e offrire l'aiuto necessario, collaborando con i servizi – e promuovendo la costituzione di un Tavolo di coordinamento o Board, al fine di coordinare sia gli interventi in favore dei ragazzi in difficoltà, sia le azioni di formazione, educazione e prevenzione.

I Progetti in essere di Coalizione Comunitaria sviluppano programmi di formazione e di sensibilizzazione della comunità e progetti di intervento integrato d'equipe:

- assicurando una collaborazione coordinata tra i soggetti e le competenze di medici, psicologi, assistenti

sociali, educatori, insegnanti, presenti nel Board per affrontare le situazioni problematiche;

- promuovendo nelle scuole, negli oratori e in sedi pubbliche una serie di proposte di carattere formativo, culturale, preventivo, con operatori e volontari.

Altri progetti, iniziative, attività del territorio cooperano al lavoro del progetto o vi sono connesse in termini diretti o indiretti, in un'ottica non di competizione ma di integrazione e di ascolto delle domande dei ragazzi incontrandoli così come sono e favorendo l'espressione dei loro bisogni.

Il risultato sostanziale consiste nella realizzazione del nucleo della Coalizione comunitaria, come insieme di relazioni in grado di favorire la collaborazione dei soggetti della rete primaria e dei servizi nel territorio e l'integrazione delle risposte preventive e di cura al disagio di adolescenti e giovani, sia attivando percorsi specifici sia collegando le attività sanitarie e sociali presenti.

Equipe funzionali per la transizione

A partire dall'individuazione degli "stati mentali a rischio" e di strumenti organizzativi per raggiungere, individuare e accogliere i giovani che iniziano a manifestare problemi con possibile evoluzione negativa, si impone il superamento della separazione delle competenze tra le diverse discipline che svolgono attività di supporto nei giovani della fascia d'età dai 14 ai 25 anni (psichiatria, NPIA, Psicologia clinica, servizi per le dipendenze).

In Lombardia esistono numerosi progetti regionali innovativi (PIR) avviati negli ultimi vent'anni in area psichiatrica, in area DNA, in area sostanze e in area migrazione. Pur nella carenza e talora anche dispersione di risorse dedicate all'adolescenza e alla popolazione giovanile, questi progetti hanno rappresentato, nella maggior parte della realtà, un'occasione di collaborazione tra servizi. Sulla base delle esperienze in atto, appare evidente che azioni coordinate atte a incrementare l'integrazione fra i vari servizi per adolescenti (14-18 anni NPIA) e per giovani adulti (psichiatria area interventi precoci 18-25

anni) hanno dimostrato di rendere più efficiente il raggiungimento degli scopi suddetti.

La delibera XII / 3720 del 30/12/2024 di RL ribadisce la necessità di superare la discontinuità nei percorsi di cura che può avvenire nel passaggio dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza a quelli dedicati all'età adulta, così come tra i servizi di salute mentale e quelli dedicati alle dipendenze, prevedendo la presenza nella stessa sede dei diversi professionisti coinvolti, sia di profilo medico che di tipo psicosociale e la collocazione in luoghi non connotati e non stigmatizzanti.

L'organizzazione di equipe funzionali per la transizione dai servizi di neuropsichiatria infantile alle equipe per i giovani adulti mira a garantire continuità assistenziale favorendo un passaggio tra equipe il più possibile senza soluzione di continuità. Le equipe devono prevedere la collaborazione ed il confronto tra tutti gli ambiti disciplinari che rientrano nell'area salute mentale oltre che tutte le figure professionali. È possibile in questo modo condividere aspetti di presa in carico, individuazione di risorse ed attivazione di percorsi, abbattendo il rischio che alcuni interventi possano essere ritardati nell'attesa del compimento della maggiore età. Per i pazienti che chiedono intervento tra i 16 e i 17 anni è utile proporre una valutazione congiunta, condividendo strumenti di assessment, favorendo l'uniformarsi di linguaggi differenti e dando la possibilità ai pazienti di conoscere subito le figure che saranno di riferimento dopo la maggiore età.

I momenti di coordinamento tra le equipe prevedono riunioni periodiche mensili, con lavoro in microequipe, un assessment condiviso su CHR, DNA, ADHD, ASD, disregolazione emotiva e suicidalità, una formazione specifica degli operatori su gestione della transizione, assessment e percorsi di cura specifici, una scheda di passaggio per facilitare la comprensione del caso nell'interfaccia dei servizi che utilizzano differenti approcci e linguaggi, la costituzione di un team APA, la comunicazione ai MMG, il coinvolgimento e invio ai servizi sociali ove necessario.

Le indicazioni concordano sull'importanza di formulare un piano d'azione condiviso che includa le informazioni condivise con il paziente e le famiglie, che preveda il passaggio nel miglior momento possibile, con un periodo di adattamento adeguato e con un follow-up simultaneo tra il team NPIA e il team di adulti per un periodo di tempo, prevedendo quindi possibilmente il coinvolgimento di tutti i professionisti.

Gli obiettivi del lavoro congiunto sono declinati su tutti i piani d'azione, organizzativi clinici e operativi e riguardano e coinvolgono gli operatori, i giovani, i familiari e il terzo settore: la costruzione di modelli condivisi di valutazione e di trattamento che garantiscano la continuità di cura dal punto di vista della diagnosi e dei casi a rischio di gravità psicopatologiche e disturbi del neurosviluppo, la condivisione di buone pratiche nella gestione di bisogni emergenti (quali NSSI, suicidalità, disregolazione emotiva, DNA), il coinvolgimento dei giovani nelle decisioni associate alla loro transizione (sensazione di essere maggiorenni ma non ancora maturi e di aver ancora bisogno di supporto). Può essere utile il coinvolgimento del terzo settore nella psicoeducazione dei familiari di ragazzi in transizione dalle NPIA ai servizi per gli adulti con focus sulle modalità di transizione e sulle gravità psicopatologiche (CHR, psicosi, DPB) tramite una Coalizione di Comunità.

Se idealmente può essere condivisibile l'idea di un'equipe congiunta che si occupi dei pazienti dai 14 ai 24 anni operanti in sinergia all'interno di un unico servizio, operativamente spesso questo non è possibile, sia per aspetti logistici che di organizzazione di risorse. L'equipe funzionale può quindi rispondere al bisogno grazie ad un impegno organizzativo che miri comunque ad una transizione adeguata, minimizzando il rischio di dropout e scongiurando ritardi e fratture nel percorso di cura.

Protocolli per la transizione possono prevedere incontri periodici, scheda di passaggio contenente le informazioni maggiormente utili al passaggio del caso, assessment condivisi, valutazioni congiunte e possibilità degli operatori di spostarsi tra i servizi per accompagnare il paziente nella transizione.

Equipe funzionali per l'acuzie psichiatrica in adolescenza (APA)

La problematica dell'emergenza/urgenza psichiatrica nei minori e adolescenti rappresenta un problema di stringente attualità sanitaria a livello regionale e nazionale, per il costante incremento dei casi osservati in Pronto Soccorso e per l'aumento di episodi di ricovero nei reparti ospedalieri di psichiatria e di pediatria. Il problema della gestione dell'Acuzie Psichiatrica in Adolescenza (APA) è diventato dunque un problema di significativa rilevanza.

La quantità e la complessità di casi di soggetti minori che giungono in PS e la frequenza di situazioni cliniche con necessità di ricovero ospedaliero rende necessario definire indicazioni specifiche che, attraverso il reperimento di idonee risorse, consentano una gestione clinica appropriata del minore ricoverato per problematiche psichiatriche. La stretta collaborazione tra medici psichiatri, pediatri e medici di NPIA deve trovare avvio dal PS nel momento della gestione dell'acuzie psichiatrica di un minore giunto in Ospedale con mezzi propri o a seguito di intervento del 118 ed una specifica procedura deve essere elaborata in ogni ASST per la "gestione di soggetti minori con acuzie psichiatrica". Tale procedura deve prevedere l'istituzione di una "Equipe per l'acuzie psichiatrica in Adolescenza (APA)".

L'equipe APA si configura come una Equipe per la gestione dell'Acuzie Psichiatrica in Adolescenza (APA) che viene costituita con personale afferente alla SC NPIA che collabora strettamente con il personale medico e infermieristico e più in generale con l'equipe multiprofessionale che operano nei PS e nei reparti di psichiatria e di pediatria. In linea generale, l'Equipe APA è composta dalle seguenti figure professionali:

- Medici NPIA
- Psicologi psicoterapeuti
- Assistente Sociale
- TERP

Premesso che il ricovero di paziente minorenne con patologia neuropsichiatrica dovrebbe avvenire nelle ap-

posite strutture (Reparti NPIA), debitamente attrezzate sia sotto il profilo logistico che quello della competenza clinica, si deve constatare che molto raramente esse forniscono una disponibilità immediata al ricovero anche in caso d'urgenza.

Quando il ricovero si pone come necessità assoluta e improrogabile, deve essere effettuato nel luogo più idoneo a soddisfare le esigenze cliniche e assistenziali del paziente, all'interno del presidio ospedaliero che ha accolto e valutato il caso. L'accoglimento del paziente in queste circostanze deve garantire i provvedimenti diagnostico-terapeutici necessari ad una stabilizzazione del quadro clinico (SPDC o Reparto di Pediatria).

In considerazione della necessità di raccordo e continuità di cura fra la struttura ospedaliera e i poli territoriali, i ricoveri dei minori in SPDC/Reparto di Pediatria avvengono secondo i criteri di residenza, come per gli altri interventi di presa in carico NPIA.

L'attività dell'Equipe APA prevede che:

- In PS l'Equipe APA è attivata a fronte di un caso di soggetto minore con acuzie psichiatrica di gravità elevata
- In caso di necessità di ricovero l'equipe APA garantisce interventi multidisciplinari.
- Durante il ricovero gli operatori dell'equipe APA verificano costantemente la disponibilità di trasferimento in adeguato reparto NPIA e qualora fosse disponibile una struttura di ricovero più idonea si provvederà al trasferimento del minore.
- Durante il ricovero nei Reparti SPDC o di Pediatria è sempre necessario prevedere la possibilità di lasciare il minore in una stanza singola e l'eventuale possibilità di ospitare un genitore. Nei reparti SPDC devono essere identificati gli spazi più idonei e appropriati.

Dal punto di vista operativo, il Reparto che accoglie il paziente fornisce l'assistenza medica e infermieristica necessaria e si avvale del supporto degli operatori dell'equipe APA che, nel corso del ricovero, garantiscono gli interventi di seguito descritti:

- Al momento del ricovero viene richiesta la disponibilità dei familiari ad assicurare una presenza H24, salvo controindicazione clinica o giuridica. In assenza di tale possibilità è garantita una presenza continuativa con copertura sulle 24 ore di personale educativo
- Il medico NPI si assume l'incarico di valutare clinicamente il minore in regime di ricovero, di concordare con i colleghi del reparto le procedure diagnostiche necessarie e l'eventuale terapia farmacologica, tramite prescrizione scritta in cartella nell'apposita sezione consulenze/visite specialistiche. L'apertura della cartella è a cura del medico di reparto accettante il ricovero insieme allo specialista NPI con il quale concorderà eventuali modifiche del trattamento farmacologico.
- Il medico NPI/APA assicura la rivalutazione giornaliera del paziente e si rende disponibile per essere consultato dai colleghi di reparto in merito alle decisioni cliniche che l'evoluzione del caso rende necessarie.
- Il Servizio NPIA e l'equipe APA si assumono l'incarico di ricercare in maniera sollecita la struttura sanitaria e/o assistenziale più idonea per trattare il paziente dopo il ricovero temporaneo in ospedale. In tale ricerca può avvalersi della collaborazione di tutte le figure professionali ritenute necessarie (Assistenti Sociali, Unità Tutela Minori, Autorità Giudiziaria, altri Servizi ospedalieri ecc.), ma mantiene il coordinamento delle iniziative adottate e garantisce la gestione del caso in tutto il suo percorso. Il Servizio NPIA e l'equipe APA dedicata ai ricoveri concordano col reparto i tempi e le modalità di dimissione o trasferimento del minore al termine del ricovero.
- Il Servizio NPIA e l'equipe APA assicurano un costante contatto con i genitori/tutori del minore, al fine di garantire la presa in cura successiva alla fase acuta; assume la responsabilità dell'aggiornamento ai familiari, da fornire in modo tempestivo e costante, concordando con il reparto i contenuti delle informazioni e le modalità di comunicazione.
- Durante il ricovero dei minori in SPDC o Pediatria,

- l'équipe APA mantiene contatti con i Medici e i Coordinatori della UO/Servizio, garantendo così un costante aggiornamento rispetto al piano di trattamento previsto per il minore (elaborato dall'équipe stessa).
- Si prevedono incontri programmati di discussione del caso tra i membri dell'équipe APA e il personale dell'U.O. di degenza, compatibilmente con le esigenze organizzative delle diverse équipe.
 - La dimissione viene concordata dal medico dell'équipe APA dedicata ai ricoveri con i colleghi psichiatri/pediatri; viene condivisa la diagnosi di dimissione e l'intervento terapeutico alla dimissione.
 - La lettera viene redatta e firmata dal medico di reparto in collaborazione con il medico NPI dell'équipe APA e consegnata alla famiglia.
 - Alla dimissione del minore, deve essere garantita la continuità di cura ospedale-territorio, con il mantenimento dei contatti già avviati durante il ricovero e l'invio del minore al Servizio UONPIA territoriale di competenza.
 - Nel corso della degenza del minore e in relazione alle condizioni cliniche, il personale dell'équipe APA garantisce interventi riabilitativi, assistenziali e sociali, concordando tempi e modalità di intervento con il Coordinatore della UO/Servizio.

In particolare:

- Lo psicologo dell'équipe APA, su indicazione del medico NPI, avvia la valutazione psicologica e psicodiagnostica del minore non conosciuto, utile ad un puntuale inquadramento delle dinamiche psicologiche e relazionali sottese alla crisi e/o effettua colloqui di sostegno durante la degenza del minore nei reparti di Pediatria o SPDC;
- Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica/Educatore professionale dell'équipe APA garantisce interventi educativi, riabilitativi coerenti con il piano di trattamento del minore e lavoro di rete volto al sostegno del percorso individuato per il minore al momento della dimissione;
- All'Assistente Sociale dell'équipe APA compete, in prima istanza, la verifica dello stato di tutela giuridica del

minore. Ha la responsabilità di attuare il raccordo con la rete interistituzionale dei servizi territoriali, affinché le prestazioni di sostegno extra-aziendali, eventualmente necessarie, risultino coerenti e coordinate con gli interventi attuati presso la ASST dalle diverse Unità Operative interessate dal caso (PS, Pediatria, UONPIA, SPDC).

Servizi dedicati alla salute mentale in età giovanile

Risulta centrale la promozione del benessere mentale (stili di vita, percorsi sullo sviluppo di emotività ed empatia), l'intercettazione di sofferenze psicologiche o quadri psicopatologici in fase precoce e quindi l'avvio di un loro trattamento intensivo e tempestivo secondo le linee guida validate. Inoltre, l'intervento deve essere rivolto anche ai familiari, mediante colloqui alle coppie genitoriali, percorsi di gruppo di genitori ed interventi con approccio sistemico, qualora indicato.

Per il raggiungimento di questi obiettivi si propone lo sviluppo di un "Servizio Giovani" dedicato alla fascia di età adolescenziale e giovanile (14-25 anni) che unisca competenze disciplinari diverse (NPIA- Psichiatria, Servizi Dipendenze, Psicologia Clinica) e competenze comunicative basate sull'accoglienza ed empatia in una prospettiva clinica che contempli la conoscenza del neuro-psico sviluppo del giovane, la lettura delle dinamiche relazionali intra-famigliari, le conoscenze aggiornate sulle linee guida di trattamento dei disturbi psicopatologici, in relazione anche alla specifica fascia di età, e all'intervento in caso di rischio di evoluzione in psicopatologia maggiore.

Questo servizio deve avere un'organizzazione fluida, così da intervenire in situazioni mutevoli anche in modo rapido, e deve dare uno spazio di ascolto e di accoglienza anche alla famiglia nel suo complesso e non solo al giovane, pur salvaguardando uno spazio proprio e riservato in relazione anche all'età anagrafica ed al livello di maturità individuale. Pertanto, gli operatori devono mettere in atto una comunicazione "calda e amichevole", ma anche trasmettere affidabilità e coerenza negli interventi.

L'equipe deve prevedere delle figure mediche specialistiche, quali lo psichiatra, il neuropsichiatra infantile, il medico esperto in dipendenze patologiche, collaboranti fra di loro e che accompagnino il giovane e la famiglia nella fase di transizione; psicologi psicoterapeuti necessari per dare un contributo nella fase valutativa e nella parte interventistica mediante percorsi evidence-based (CBT, DBT, MBT, TD); TERP ed educatori per favorire la ripresa di funzioni mediante interventi riabilitativi intensivi, per il supporto scolastico, l'orientamento e l'inserimento lavorativo; infermieri per l'assistenza nelle fasi cura anche in contesti subacuti mediante osservazione ed interventi ad hoc; assistente sociale per un supporto all'equipe sanitaria e all'utenza nell'ambito socio-economico.

L'equipe multiprofessionale trova sede in un luogo di accoglienza e di trattamento che possa aver delle caratteristiche di apertura, luminosità, accoglienza, sicurezza e favorisca la formazione di una realtà di cura e di recupero, non di cronicità. L'accesso al Servizio deve poter essere spontaneo, così che il giovane o i genitori possano accedere in modo snello e celere, e la risposta del Servizio dovrà avere una tempestività adeguata alla questione portata.

Dopo la fase di accoglienza, è da prevedere una fase valutativa così che il quadro clinico ed il funzionamento individuale e familiare sia inquadrato. La valutazione sarà appannaggio del personale medico e psicologico nei primi incontri e successivamente discussa nell'equipe multiprofessionale, da cui si individueranno le valutazioni diagnostiche del caso (test psico-diagnostici e psicometrici, esami di laboratorio, indagini per immagini e/o genetiche). Quindi la fase successiva di condivisione degli elementi diagnostici e di target per gli interventi e rimandando anche le risorse rilevate sia nel giovane che nella famiglia.

Nelle valutazioni occorre, quindi, distinguere e individuare gli aspetti "core" ma anche gli elementi emergenziali di trattamento, che non sempre coincidono. Al di là della pletora di diagnosi, che spesso risultano fluide e multi-espressive, occorre fare emergere nelle valutazioni il funzionamento del giovane e della famiglia, quale:

- 1) presenza di disturbi della neurodivergenza, quali in particolare:
 - spettro dell'autismo, qualora sia elemento ipotizzato come centrale nell'intervento, occorre attivare gli operatori formati (interni all'equipe o di un servizio specifico il più limitrofo al nucleo familiare);
 - ADHD se in primo piano coinvolgimento di operatori formati secondo le linee guida;
 - disabilità mentale medio-grave, individuando le strutture idonee ad un lavoro di interventi specifici;
- presenza di disturbi esternalizzanti o del comportamento (agiti suicidari e para-suicidari multipli, auto-lesionismo, etero-aggressività, agiti contro le cose, crisi rabbiose, fughe), proponendo interventi psicoterapici mirati, coinvolgendo oltre al giovane anche la famiglia (DBT, Family Connection, MBT);
- presenza di disturbi internalizzanti (ansia, depressione), attivando degli interventi farmacologici e psicoterapici che rispettino le linee guida (CBT, DTI);
- presenza di elementi di chiusura e distanza dalla realtà (isolamento, disturbi mentali a rischio, psicosi attenuate, psicosi), ipotizzando percorsi multi-specialistici ed integrati.

Nella fase valutativa, si può rilevare la necessità di interventi emergenziali non gestibili nel servizio, quali:

- il ricovero (anche se resta l'intervento domiciliare e territoriale di prima scelta se fattibile con sufficiente sicurezza) e in questo caso è utile costruire un canale comunicativo fra il Centro Giovani e le equipe dei servizi di salute mentale, mantenendo l'equipe del Centro Giovani alla regia degli interventi;
- la presenza di massicci comportamenti di consumo di sostanze ed alcol e/o di strategie comportamentali di dipendenza (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo) e a questo riguardo si ritiene necessaria la costruzione di collaborazioni strette con i servizi per le dipendenze patologiche, meglio se attraverso una fase iniziale condivisa fra operatori dei due servizi;
- la presenza di disturbi dell'alimentazione clinicamente

rilevanti e di necessità di risposta primaria; in questo caso si ritiene necessario la costruzione di collegamento stretto e “facile” con i servizi e le progettualità dedicate. Un servizio con tali caratteristiche deve mantenere un ruolo anche nella fase di prevenzione ed intervento precoce; per svolgerlo risulta utile la costruzione di reti con la Scuol e con il tessuto sociale tramite anche la costruzione di Coalizioni Comunitarie con il privato sociale ed il Terzo Settore.

Pertanto, il Centro Giovani deve essere pensato e sviluppato come uno snodo propulsore dell'avvio di percorsi terapeutici interni per lo più, ma anche in fluide collaborazioni/consulenze con altri servizi rivolti alla medesima utenza per bisogni specifici, quali il servizio di diagnosi precoce dei SERD/SMI territoriali, Servizio Disturbi Alimentari, i Servizi per le Neurodivergenze.

Inoltre, risulta fondamentale la collaborazione continua con i servizi già esistenti e stabilizzati negli anni rispetto alla cura della Salute Mentale, quali UONPIA e CPS, per la segnalazione e passaggio di casi in ingresso ed in uscita e condividendo le competenze storicamente sviluppate da questi servizi e fornendo da parte del Centro Giovani una modalità di gestione e di intervento specifico nella fascia definita.

Utilizzo di telepsichiatria e telepsicoterapia per incrementare accessibilità e compliance negli interventi sui giovani

La telepsichiatria e la telepsicoterapia rappresentano modalità innovative di erogazione dei servizi di salute mentale a distanza, particolarmente rilevanti nell'età evolutiva e giovanile. Intese come l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per la valutazione, il trattamento e il monitoraggio di condizioni psichiatriche, esse permettono l'attivazione di percorsi terapeutici anche in situazioni di isolamento, disagio logistico o barriere geografiche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la telemedicina come l'erogazione di servizi sanitari a distanza, in cui la

tecnologia sostituisce lo spostamento fisico di pazienti e operatori. Nell'ambito della salute mentale, si parla di telepsichiatria per indicare interventi clinici condotti da psichiatri, e di telepsicoterapia per quelli condotti da psicoterapeuti o psicologi. Entrambe le modalità sono state profondamente rivalutate e implementate durante la pandemia da COVID-19, dimostrando efficacia clinica e alto gradimento tra utenti e operatori.

Diversi studi hanno mostrato che la possibilità di accedere a interventi terapeutici attraverso videoconferenze o strumenti digitali migliora sensibilmente l'aderenza al trattamento e la continuità della cura, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti. L'ambiente virtuale, spesso percepito come meno minaccioso, favorisce la costruzione dell'alleanza terapeutica, anche in individui con tratti evitanti, ansiosi o ipercontrollanti. Inoltre, la flessibilità dei setting consente di adattare il percorso di cura ai ritmi e ai bisogni del paziente, migliorando l'accessibilità anche in contesti familiari disfunzionali o scolasticamente disagiati. Nei giovani, la maggiore dimestichezza con i dispositivi digitali ha favorito l'integrazione della relazione terapeutica online, riducendo la stigmatizzazione associata al trattamento psicologico tradizionale.

Le linee guida internazionali, come quelle dell'American Psychiatric Association, raccomandano specifici accorgimenti per garantire efficacia e sicurezza: qualità delle connessioni, privacy dei dati, consenso informato, e supporto in caso di crisi. Tuttavia, persistono alcune criticità, come il digital divide, la mancanza di protocolli formali in molti servizi italiani e la resistenza iniziale da parte di alcuni clinici, specialmente nel gestire prime visite o pazienti con disturbi gravi.

Nonostante tali limiti, le evidenze indicano che la telepsichiatria e la telepsicoterapia sono interventi clinicamente validi, in grado di produrre risultati paragonabili alle terapie in presenza per numerose patologie (depressione, ansia, disturbi del comportamento alimentare, disturbi del neurosviluppo, isolamento sociale). In particolare, l'età giovanile si configura come un ambito privilegiato per

l'adozione di queste tecnologie, offrendo nuove opportunità per l'engagement precoce, la prevenzione secondaria e la riduzione della cronicizzazione. L'implementazione sistematica di tali strumenti può dunque rappresentare una leva strategica per migliorare l'equità di accesso, la qualità della cura e l'efficacia complessiva degli interventi psichiatrici e psicoterapeutici rivolti ai giovani.

CONCLUSIONI

La letteratura scientifica internazionale evidenzia un esordio sempre più precoce dei disturbi psichici e dei fenomeni di dipendenza e sottolinea l'importanza, dal punto di vista clinico, della continuità di cura tra la minore e la maggiore età. L'interesse del paziente e dei suoi familiari deve essere tenuto centrale e prioritario nell'organizzazione dei Servizi, organizzazione che deve adeguarsi ai nuovi bisogni che l'evoluzione dei fenomeni impone.

L'orientamento alla prevenzione e all'intervento precoce rappresentano principi sui quali dovrebbe orientarsi una riorganizzazione dei servizi di salute mentale che veda centrale la collaborazione e l'integrazione tra le diverse discipline che rientrano nell'area della salute mentale ed afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze secondo quanto previsto dalla Legge 15/2016.

Il presente documento identifica quattro proposte che seguono questo indirizzo e che promuovono l'integrazione dei servizi di salute mentale per migliorare l'assistenza nell'area degli adolescenti e dei giovani adulti:

- l'attivazione nei diversi ambiti territoriali di una Coalizione Comunitaria
- l'istituzione nei DSMD di Equipe di transizione
- l'istituzione nei presidi ospedalieri ove siano presenti reparti SPDC di una Equipe APA
- lo sviluppo del Centro Giovani

Tali sviluppi organizzativi rappresentano una concreta opportunità per migliorare i percorsi di cura dedicati ai giovani nei DSMD. Si ritiene inoltre utile la definizione di PDTA regionali, che coinvolgano la rete clinica degli erogatori, al fine di ridurre la variabilità e aumentare

l'appropriatezza dei trattamenti. Il target dovrebbe essere rappresentato dalla popolazione con disturbi mentali nella fascia di età 14-25 anni, includendo i disturbi della personalità, in particolare il disturbo borderline di personalità. Il PDTA ha l'obiettivo di definire: i) un modello stepped care in base alla gravità; ii) le modalità di transizione dai servizi di salute mentale dell'infanzia e adolescenza a quelli dell'età adulta e tra quelli della salute mentale e quelli delle dipendenze; iii) i trattamenti psicosociali "specifici" basati sulle evidenze da erogare nei servizi di salute mentale (CPS, UONPIA, Servizi per le dipendenze, Ambulatori di Psicologia Clinica), rivolti a pazienti e familiari; iv) i trattamenti basati sulle evidenze, intensivi e limitati nel tempo da erogare nell'area ospedaliera e residenziale; v) le azioni da mettere in atto con le ASST, le ATS, i Comuni, il Terzo e Quarto Settore e le Associazioni di Familiari e Utenti per favorire, attraverso una maggiore collaborazione intersettoriale, l'inclusione sociale e lo sviluppo di un processo individuale di recovery dei giovani pazienti;

BIBLIOGRAFIA

Epidemiologia

1. Chanen AM, Betts JK, Jackson H, Cotton SM, Gleeson J, Davey CG, Thompson K, Perera S, Rayner V, Chong SY, McCutcheon L. *A Comparison of Adolescent versus Young Adult Outpatients with First-Presentation Borderline Personality Disorder: Findings from the MOBY Randomized Controlled Trial*. Can J Psychiatry. 2022 Jan;67(1):26-38. doi: 10.1177/0819827421106111. PMID: 34111111.
2. Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. *The children in the community study of developmental course of personality disorder*. J Pers Disord. 2005 Oct;19(5):466-86. doi: 10.1521/pedi.2005.19.5.466. PMID: 16274277.
3. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. *Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review*. Am J Clin Nutr. 2019 May 1;109(5):1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342. PMID: 31051507.
4. *Mental health of children and young people Service guidance*, WHO and UNICEF. 2024
5. *National Survey of Children's Health*, 2019-2020. No authors listed
6. Ospedale Pediatrico bambino Gesù; 2024, 15 marzo. www.ospedalebambinogesu.it
7. Reichl C, Kaess M. *Self-harm in the context of borderline personality disorder*. Curr Opin Psychol. 2021 Feb;37:139-144. doi: 10.1016/j.copsyc.2020.12.007. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33548678.
8. Silva SA, Silva SU, Ronca DB, Gonçalves VSS, Dutra ES, Carvalho KMB. *Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses*. PLoS One. 2020 Apr 23;15(4):e0232007. doi: 10.1371/journal.pone.0232007. PMID: 32324835; PMCID: PMC7179924.
9. Steinhoff A, Ribeaud D, Kupferschmid S, Raible-Deštan N, Quednow BB, Hepp U, Eisner M, Shannah L. *Self-injury from early adolescence to early*

adulthood: age-related course, recurrence, and services use in males and females from the community. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021 Jun;30(6):937-951. doi: 10.1007/s00787-020-01573-w. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32572615; PMCID: PMC8140957.

PROBLEMI CLINICI ATTUALI

Stati mentali a rischio ed esordio psicotico

10. Birchwood M, Todd P, Jackson C. *Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis*. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172(33):53-9. PMID: 9764127.
11. Bora E, Yalincetin B, Akdede BB, Alptekin K. *Duration of untreated psychosis and neurocognition in first-episode psychosis: A meta-analysis*. Schizophr Res. 2018
12. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. *Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier safer and more effective interventions*. Aust N Z J Psychiatry. 2006 Aug;40(8):616-22. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01860.x. PMID: 16866756.
13. Phillips LJ, Yung AR, McGorry PD. *Identification of young people at risk of psychosis: validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria*. Aust N Z J Psychiatry. 2000 Nov;34 Suppl:S164-9. doi: 10.1080/000486700239. PMID: 11129303.
14. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Pickar H, von Reventlow HG, Brockhaus-Dumke A, Klosterkötter J. *Basic symptoms in early psychotic and depressive disorders*. Br J

Disturbi del Neurosviluppo

15. Bemmouna D, Coutelle R, Weibel S, Weiner L. *Feasibility, Acceptability and Preliminary Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Autistic Adults without Intellectual Disability: A Mixed Methods Study*. J Autism Dev Disord. 2022 Oct;52(10):4337-4354. doi: 10.1007/s10803-021-05317-w. Epub 2021

- Oct 9. PMID: 34626285; PMCID: PMC8501315.
16. Cheng F, Shi L, Xie H, Wang B, Hu C, Zhang W, Hu Z, Yu H, Wang Y. *A study of the interactive mediating effect of ADHD and NSSI caused by co-disease mechanisms in males and females*. PeerJ. 2024 Feb 9;12:e16895. doi: 10.7717/peerj.16895. PMID: 37270077; PMCID: PMC7415151.
 17. Warrier V, Greenberg DM, Weir E, Buckingham C, Smith P, Lai MC, Allison C, Baron-Cohen S. *Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals*. Nat Commun. 2020 Aug 7;11(1):3959. doi: 10.1038/s41467-020-17794-1. PMID: 32770077; PMCID: PMC7415151.
 18. Weiner L, Bemmouna D, Costache ME, Martz E. *Dialectical Behavior Therapy in Autism*. Curr Psychiatry Rep. 2025 May;27(5):307-318. doi: 10.1007/s11920-025-01596-7. Epub 2025 Mar 6. PMID: 40048080.

Disturbi di Personalità

19. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. *Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review*. Front Psychol. 2017 Nov 8;8:1946. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01946. PMID: 29167651; PMCID: PMC5682335.
20. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. *Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review*. Clin Psychol Rev. 2017 Nov;57:141-163. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.002. Epub 2017 Sep 11. PMID: 28941927.
21. Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. *A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder*. Curr Psychiatry Rep. 2019 Jun 4;21(7):51. doi: 10.1007/s11920-019-1040-1. PMID: 31161404; PMCID: PMC6546651.

Sindrome di Hikikomori

22. Pupi V, Bressi C, Porcelli PM, Rossetti MG, Bellani M, Trabacca A, Brambilla P, Delle Fave A; SOLITAI-

RE group. Compr Psychiatry. 2025 Apr; 138:152573. doi: 10.1016.

23. Rossetti MG, Perlini C, Girelli F, Zovetti N, Brambilla P, Bressi C, Bellani M. *Developing a brief tele-matic cognitive behavioral therapy for the treatment of social isolation in young adults*. Front. Psychol. 2024 15:1433108. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1433108
24. Kato TA, Kanba S, Teo AR. *Hikikomori: multi-dimensional understanding, assessment, and future international perspectives*. Psychiatry Clin Neurosci. 2019;73(8):427-440.
25. Yong RK, Nomura K. *Hikikomori is most associated with interpersonal relationships, followed by suicide risks: A secondary analysis of a national cross-sectional study*. Front Psychiatry. 2019;10:247.
26. Teo AR, Gaw AC. *Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5*. J Nerv Ment Dis. 2010;198(6):444-449.

Disturbo da Disregolazione dell'Umore con Disforia

27. Nobile M, Brambilla B, Grazioli S. *Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente e disregolazione emotivo-comportamentale*. Chapter 9. Manuale di Psichiatria Clinica
28. Fristad MA, Wolfson H, Algorta GP, Youngstrom EA, Arnold LE, Birmaher B, Horwitz S, Axelson D, Kowatch RA, Findling RL; LAMS Group. *Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar Disorder Not Otherwise Specified: Fraternal or Identical Twins?* J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016 Mar;26(2):138-46.
29. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. *Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder*. Am J Psychiatry. 2014;171(6):668-74.
30. Lin YJ, Tseng WL, Gau SS. *Psychiatric comorbidity and social adjustment difficulties in children with disruptive mood dysregulation disorder: A national epidemiological study*. J Affect Disord. 2021 Feb 15;281:485-492.

31. Tourian L, LeBoeuf A, Breton JJ, et al. *Treatment options for the cardinal symptoms of disruptive mood dysregulation disorder*. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;24:41.

Disturbi della Nutrizione e Alimentazione

32. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, Golden N, Guarda A, Jackson-Triche M, Manzo L, Mascolo M, Pierce K, Riddle M, Seritan A, Uniacke B, Zucker N, Yager J, Craig TJ, Hong SH, Medicus J. *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*. Am J Psychiatry. 2023 Feb 1;180(2):167-171. doi: 10.1176/appi.ajp.23180001. PMID: 36722117.
33. National Guideline Alliance (UK). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 May. PMID: 28654225.

Disturbo da abuso sostanze e altre dipendenze patologiche

34. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. *The increasing global health priority of substance use in young people*. Lancet Psychiatry. 2016 Mar;3(3):251-64. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00508-8.
35. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European Drug Report 2024: Trends and Developments*.
36. Hall WD, Patton G, Stockings E, Weier M, Lynskey M, Morley KI, Degenhardt L. *Why young people's substance use matters for global health*. Lancet Psychiatry. 2016 Mar;3(3):265-79. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00013-4.
37. Volkow ND, Wargo EM. *Association of Severity of Adolescent Substance Use Disorders and Long-term Outcomes*. JAMA Netw Open. 2022;5(4):e225656. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.5656.

Disforia di Genere

38. Tebbe EA, Moradi B. *Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory*. J Couns Psychol. 2016 Oct;63(5):520-533. doi: 10.1037/cou0000152. Epub 2016 Apr 18. PMID: 27089059.
39. Staples JM, Neilson EC, Bryan AEB, George WH. *The Role of Distal Minority Stress and Internalized Transnegativity in Suicidal Ideation and Non-suicidal Self-Injury Among Transgender Adults*. J Sex Res. 2018 May-Jun;55(4-5):591-603. doi: 10.1080/00224499.2017.1393651. Epub 2017 Nov 17. PMID: 29148860.

RETE DI CURA

Criticità attuali

40. Lora A, Monzio Compagnoni M, Allevi L, Barbato A, Carle F, D'Avanzo B, Di Fiandra T, Ferrara L, Gaddini A, Leogrande M, Saponaro A, Scondotto S, Tozzi VD, Carbone S, Corrao G; 'QUADIM project' and 'Monitoring and assessing diagnostic-therapeutic paths (MAP)' working groups of the Italian Ministry of Health. *The quality of mental health care delivered to patients with schizophrenia and related disorders in the Italian mental health system. The QUADIM project: a multi-regional Italian investigation based on healthcare utilisation databases*. Epidemiol Psychiatr Sci. 2022 Feb 14;31:e15. doi: 10.1017/S2045796022000014. PMID: 35156603; PMCID: PMC8851066.

Interventi di psicoeducazione dedicati ai familiari

41. Guillén V, Fernández-Felipe I, Marco JH, Grau A, Botella C, García-Palacios A. *"Family Connections", a program for relatives of people with borderline personality disorder: A randomized controlled trial*. Fam Process. 2024 Dec;63(4):2195-2214. doi: 10.1111/famp.13089. Epub 2024 Dec 3. PMID: 39624006; PMCID: PMC11659101

42. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, Hellman F, Struening E. *Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder*. Fam Process. 2005 Jun;44(2):217-25. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x. PMID: 16013747.
43. Scheirs JG, Bok S. *Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder*. Int J Soc Psychiatry. 2007 May;53(3):195-203. doi: 10.1177/0020764006074554. PMID: 17569405.

PROPOSTE ORGANIZZATIVE

Priorità per lo sviluppo di interventi di salute mentale dedicati ai giovani

44. Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). *Developmental psychopathology*. In Handbook of child psychology (Vol. 1, pp. 1-62). Wiley.
45. Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). *Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Archives of General Psychiatry, 60(11), 1129-1137.
46. JAMA Network. (2023). *Adolescent Mental Health: Opportunities and Challenges in the Era of Global Health*. JAMA, 329(8), 670-679. doi:10.1001/jama.2023.0589.
47. The Lancet. (2021). *Covid-19 and mental health: the challenges and opportunities*. Lancet, 398(10295), 1528-1540.
48. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Mental health problems in children and young people: prevention, assessment and early intervention*. NICE Guideline [NG70].
49. Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). *Mental health of young people: a global public health challenge*. The Lancet, 369(9569), 1302-1313.

Telepsichiatria e telepsicoterapia

50. World Health Organization. *Telemedicine: opportuni-*

ties and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth. Geneva: WHO; 2010.

51. Cerveri G, D'Agoſtino A, Bellani M, Girelli F. *La telepsichiatria nella pandemia da COVID-19: criticità e nuove opportunità*. 2021.
52. Girelli F, Cerveri G, D'Agoſtino A, Bellani M. *Telepsicoterapia: evidenze scientifiche e nuove prospettive*. In: Autori vari. Psicoterapia e pandemia: modelli clinici e nuovi setting. Milano: FrancoAngeli; 2022.
53. American Psychiatric Association, American Telemedicine Association. *Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health*. 2018.
54. Wind TR, Rijkeboer M, Andersson G, Riper H. *The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health*. Internet Interv. 2020;20:100317.
55. Yellowlees P, Shore JH, Roberts L. *Practice Guidelines for Videoconferencing-Based Telemental Health*. Telemed J E Health. 2010;16(10):1074-1089.
56. O'Reilly R, Bishop J, Maddox K, Hutchinson L, Fisman M, Takhar J. *Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial*. Psychiatr Serv. 2007;58(6):836-843.

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 Lombarda
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

