



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

Giancarlo Cerveri

03

CONFRONTO, CONTINUITÀ E CAMBIAMENTO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE DAI GRUPPI DI LAVORO DELLA SIP LOMBARDIA

Giovanni Migliarese Bernardo Dell'Osso

06

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

08

ATTIVITÀ OSPEDALIERE ED EMERGENZE PSICHIATRICHE

Coordinatori: Emi Bondi e Carlo Fraticelli

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

36

DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA

Coordinatori: Giancarlo Cerveri e Alessia Cicolini

Gruppo di lavoro: Antonio Amatulli, Antonio Calento, Fabio Canegall, Federico Durbano, Anna Giroletti, Paolo Azzone, Virginio Salvi

46

DOPPIA DIAGNOSI

Coordinatori: Massimo Clerici e Federico Durbano

Gruppo di lavoro: Giorgio Bianconi, Anna Giroletti, Paolo Risaro, Daniele Salvadori, Alessio Vincenti

59

LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Coordinatore: Giovanni Migliarese

Gruppo di lavoro: Vera Abbiati, Scilla Beraldo, Giorgio Bianconi, Federico Durbano, Nicola Dusi, Francesca Maggioni, Mattia Marchetti, Alberto Pasi, Matteo Porcellana

67

IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO – REVISIONE 2025

Coordinatori: Caterina Viganò e GianMarco Giobbio

Gruppo di lavoro: Antonio Amatulli, Stefano Barlati, Alessandro Carozzi, Daniele Carretta, Alessandro Grecchi, Alessandra Martinelli, Giovanna Valvassori

77

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata da:

Alberto Giannelli

Diretta da:

Giancarlo Cerveri (*Lodi*)

Comitato di Direzione:

Massimo Clerici (*Monza*)

Mauro Percudani (*Milano Niguarda*)

Comitato Scientifico:

Carlo Fracelli (*Como*)

Giovanni Migliarese (*Vigevano*)

Gianluigi Tomaselli (*Triviglio*)

Mario Ballantini (*Sondrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Gianmarco Giobbio (*San Colombano*)

Luisa Arosio (*Voghera*)

Carla Morganti (*Milano Niguarda*)

Federico Durbano (*Melzo*)

Alessandro Grecchi (*Milano SS Paolo Carlo*)

Camilla Callegari (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Laura Novel (*Bergamo*)

Pasquale Campajola (*Gallarate*)

Giancarlo Belloni (*Legnano*)

Marco Toscano (*Garbagnate*)

Antonio Amatulli (*Vimercate*)

Caterina Viganò (*Milano FBF Sacco*)

Claudio Mencacci (*Milano FBF Sacco*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Pierluigi Politi (*Pavia*)

Emilio Sacchetti (*Milano*)

Alberto Giannelli (*Milano*)

Simone Vender (*Varese*)

Antonio Vita (*Brescia*)

Giuseppe Biffi (*Milano*)

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Segreteria di Direzione:

Silvia Paletta (*ASST Lodi*)

Matteo Porcellana (*ASST GOM Niguarda*)

Davide La Tegola (*ASST Monza*)

Art Director:

Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente
le opinioni degli autori**

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

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

PSICHIATRIA OGGI

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

DOCUMENTI SIPLO: UNO STRUMENTO DI RIFLESSIONE SULLA FINALITÀ DELLA NOSTRA DISCIPLINA ED UNA GUIDA ALL'OPERARE QUOTIDIANO

Giancarlo Cerveri

Direttore Psichiatria Oggi

Come si misura la vitalità di una società Scientifica?

Una domanda a cui si può rispondere in tanti modi diversi, come per esempio, il numero di soci iscritti, la quantità e qualità di formazione proposta, la capacità di interloquire con le componenti programmatiche ed organizzative dei servizi connessi alla disciplina.

In questo numero speciale di Psichiatria Oggi si cerca di fornire una risposta diversa. A distanza di 5 anni dal precedente inserto dedicato a documenti organizzativi, i soci della Sezione Lombarda della Società Italiana di Psichiatria, tramite un lavoro per gruppi hanno svolto un lavoro di ripensamento, aggiornamento ed implementazione delle indicazioni contenute nei lavori precedenti.

I documenti sono stati il frutto di un confronto ed una riflessione compiuta da un gruppo ristretto di soci che poi ha sottoposto, prima della pubblicazione, il lavoro all'intero Consiglio Direttivo della Società.

Insomma, un confronto tra pari supervisionato da colleghi al fine di contribuire alla continua riflessione sul tema dell'organizzazione dei servizi.

Una seconda domanda potrebbe essere la seguente:

C'era bisogno di una riformulazione di documenti a distanza di soli 5 anni?

Credo che la risposta affermativa nasca dall'intensità dei cambiamenti che hanno attraversato i servizi di salute mentale dopo la pandemia Covid-19.

Abbiamo infatti assistito ad un'esplosione della domanda in generale di cura per patologia mentale, è inoltre emersa una richiesta sempre più intensa di cura per forme psicopatologiche prima marginali nei servizi (Disturbi del neurosviluppo, Disturbi della Nutrizione Alimentazione e altro ancora), le nuove sostanze d'abuso hanno reso sempre più comuni nuovi quadri psicopatologici specie in condizioni acute, due recenti sentenze della corte costituzionale hanno riaperto il dibattito e modificato equilibri organizzativi su interventi per autori di reato ed interventi senza consenso.

Insomma, un contesto sociale, giuridico e organizzativo in rapido cambiamento produce la necessità di una continua riflessione sulla modalità di lavoro quotidiane dei tanti colleghi psichiatri, infermieri, TERP, psicologici, assistenti sociali che forniscono continue risposte di cura e assistenza in un sistema così complesso nella sua definizione che merita un'opera di continua manutenzione.

L'obiettivo del lavoro è stato, innanzitutto quello di creare la maggiore coesione possibile all'interno della disciplina. Le tematiche affrontate, in alcune parti, sono profondamente sfidanti perché attengono alla definizione stessa dei compiti della psichiatria, dei limiti dell'intervento e degli obblighi che siamo tenuti ad assolvere. Questioni che si ripropongono in modo continuo in tutti, pur con visioni diverse, in tutti i documenti presentati in questo contributo.

La sezione Lombarda della Società Italiana di Psichiatria prosegue così in questo lavoro di riflessione ma anche di sollecitazione su tutto il territorio nazionale riproponendo la necessità di definire con proposte documentali l'agenda delle priorità sulle tematiche che attengono alla Salute Mentale. Sfide vecchie e nuove vengono riprese nei diversi documenti.

Le tematiche affrontate hanno riguardato la rivisitazione dei 5 documenti già pubblicati su questa rivista nel 2020 (www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2022/04/PsichiatriaOggi-AnnoXXXIII-n2-Luglio-Dicembre.pdf) :

- I. Riorganizzazione dei Servizi Territoriali, Gruppo coordinato da dr. Migliarese che affronta le tematiche complesse di una possibile riorganizzazione dei servizi psichiatrici territoriali come risposta ai cambiamenti dell'espressione del bisogno. Un tentativo di definire modalità di costruzione di risposte sempre più vicine ai bisogni di salute emergenti.
- II. Attività Ospedaliere ed Emergenze Psichiatriche, Gruppo coordinato da Carlo Fraticelli ed Emi Bondi, in cui si sono toccate le tematiche roventi della gestione dell'emergenza psichiatrica dal Pronto Soccorso al SPDC. In un contesto di continuo cambiamento e sull'onda dell'allarme legato alla sicurezza dei lavoratori, il documento prova a definire assenti e competenze di lavoro. Ripropone una riflessione sulla complessa definizione di "competenza psichiatrica" nell'urgenza comportamentale del paziente in Pronto Soccorso e la necessità di una collaborazione con gli specialisti di altre discipline.
- III. Trattamento dei disturbi Mentali in Età Giovanile, coordinato da Mauro Percudani in cui viene affrontato il tema delle modalità di organizzazione razionale dei servizi per i giovani a fronte di una sempre maggior precocizzazione dell'esordio delle patologie psichiatriche e della complessità crescente dei quadri clinici osservati nell'età di transizione alla fase adulta della vita. Necessaria riflessione anche sul tema della definizione stessa di patologia nell'adolescente e giovane adulto con chiari riferimenti che permettano di provare a fissare utili punti fermi per decidere quando cominciare i trattamenti. Al contempo si affronta anche la tematica del rapporto organizzativo e di competenze con i servizi per minori.
- IV. La Posizione della SIPLO sul tema soggetti autori di reato con patologia psichica, coordinato da Giancarlo Cerveri e Alessia Cicolini, è un documento in forma Position Paper in cui vengono approfondite, rispetto al documento precedente anche le tematiche connesse alla definizione del Punto Unico Regionale, strumento voluto dalla Conferenza Unificata Stato

Regioni, e l'emergere sempre più rilevante degli interventi psichiatrici in carcere. Particolare rilevanza è stata posta alla separazione delle funzioni di custodia e assistenza che gravano sui Dipartimenti di Salute Mentale, alla definizione delle competenze necessarie per qualificare le caratteristiche di un perito competente ed infine particolare attenzione è stata posta al tema disturbi di personalità ed imputabilità.

- V. Ipotesi di evoluzione del sistema residenziale psichiatrico lombardo coordinato da Caterina Viganò e Gianmarco Giobbio, è un documento in cui vengono rivisitate e aggiornate le proposte già descritte nel documento del 2020 con i rilevanti aggiornamenti posti dalla necessità sempre più rilevante di definire percorsi residenziali sempre più personalizzati con specificità non solo di carattere assistenziale ma anche trattamentale.

A questi documenti ne è stato aggiunto un sesto, coordinato da Massimo Clerici e Federico Durbano in cui, in perfetta assonanza con il confronto intenso suscitato dalle linee di indirizzo del Piano d'Azione Nazionale sulla Salute Mentale (PANSM), recentemente reso pubblico in occasione della sua sottomissione alla Conferenza Unificata Stato Regioni, che sembra proporre nella sua forma attuale un'integrazione profonda tra area Dipendenze e Psichiatria, viene affrontato il tema annoso della Doppia Diagnosi e della necessità di creare un'integrazione sempre più stretta al fine di favorire percorsi di presa in carico di pazienti caratterizzati da particolare complessità clinica e gestionale.

In sintesi, la rivista da me diretta, *Psichiatria Oggi*, con questo numero speciale si incarica di proseguire quel percorso di formazione continua che SIPLO ha sempre perseguito con determinazione e competenza, al fine di fornire a tutti i soci e anche a tutti coloro che si occupano di salute mentale dei riferimenti utili sia ad una riflessione sul nostro operare quotidiano che un elemento di confronto dialettico con l'intera società su finalità, competenze e limiti dell'intervento psichiatrico nel nostro paese.

CONFRONTO, CONTINUITÀ E CAMBIAMENTO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE DAI GRUPPI DI LAVORO DELLA SIP LOMBARDIA

Giovanni Migliarese

Bernardo Dell'Osso

Presidenti Sezione Lombarda Società Italiana di Psichiatria

In questo numero speciale sono raccolti i contributi dei 5 gruppi di lavoro che la sezione lombarda della SIP ha portato avanti nel corso di questi ultimi anni. La costituzione dei gruppi di lavoro, una consuetudine della nostra sezione da più di cinque anni, ha permesso il confronto tra specialisti di diverse aree geografiche e di diversa formazione su tematiche riconosciute come particolarmente rilevanti, tanto dal punto di vista clinico che organizzativo.

Il confronto tra soci ha portato a documenti che definiscono l'attuale orientamento della sezione in merito ad aspetti che rivestono un ruolo centrale per chi lavora nei servizi pubblici e nel sistema della residenzialità.

I gruppi di lavoro, oltre a proseguire le riflessioni già intraprese in precedenza, che avevano portato alla pubblicazione del position paper sulla rivista (PSICHIATRIA OGGI XXXIII, 1, 2020), hanno affrontato tematiche nuove quali lo specifico rapporto tra psichiatria e dipendenze (particolarmente impattante su alcune fasce d'età quale quella giovanile) oltre al tema delle urgenze psichiatriche – altrettanto rilevante – che viene definito in coerenza e continuità con la medicina d'urgenza.

Crediamo che i contributi qui proposti siano particolarmente ricchi e possano essere di stimolo non solo per i colleghi lombardi, ma anche per tutti gli specialisti che – pur in diversi contesti organizzativi determinati dalle differenti strutturazioni regionali – si trovino a confrontarsi con tali tematiche.

Siamo quindi molto contenti di poter presentare questo numero speciale di Psichiatria Oggi che, come di consueto, grazie alla sua distribuzione gratuita e online può garantire un'ampia diffusione, nella prospettiva di stimolare il dibattito.

Concludiamo queste poche righe di presentazione auspicando la prosecuzione di un costante e proficuo confronto tra soci, proteso all'identificazione di proposte concrete e operative. La nostra specialità, come sappiamo, ha bisogno di una costante opera di aggiornamento e adeguamento alle richieste dei pazienti, dei familiari e della società, che si modificano rapidamente.

Reputiamo indispensabile che la psichiatria continui a riflettere su se stessa, sul proprio posizionamento e sul proprio mandato, cercando di trovare risposte alle sfide che i singoli professionisti affrontano giornalmente. Solo in questo modo essa può accrescere la propria credibilità nel rapporto con le istituzioni, con le altre agenzie socio-educative e con la società civile.

In ultima analisi, la ricchezza di una società scientifica risiede nella capacità di mettere in moto idee, favorire il confronto e proporre soluzioni. Nella capacità di guardare al futuro mantenendo al contempo i piedi ben saldi nel passato di cui è bene conoscere ricchezze ed errori.

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, NPIA, 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, NPIA, 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 Provincie 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 alcolico 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 minorenni 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 condividere 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, autolesionismo, 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: 10.1177/0819826421106111. 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-analysis*. 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, Shanan 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.

ATTIVITÀ OSPEDALIERE ED EMERGENZE PSICHIATRICHE

Coordinatori:

Emi Bondi (ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo)

Carlo Fraticelli (Ospedale Valduce Consulente - Como)

Gruppo di lavoro:

Paolo Cacciani (ASST Spedali Civili Brescia)

Federica Calorio (ASST Pavia)

Simone Cavallotti (ASST Santi Paolo e Carlo - Milano)

Armando D'Agostino (ASST Santi Paolo e Carlo - Milano)

Valentina Dalò (ASST Pavia)

Paola Marianna Marinaccio (ASST Brianza - Desio)

Silvia Paletta (ASST Lodi)

Adelaide Panariello (AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano)

Fabrizio Pavone (ASST Pavia)

Sara Maria Pozzoli (Cà Granda Ospedale Maggiore - Milano)

Matteo Rocchetti (ASST Pavia)

Virginio Salvi (ASST Crema)

INTRODUZIONE

La psichiatria dell'urgenza rappresenta un settore in evoluzione. La pressione sociale, le modifiche dei fattori di rischio, la crisi del sistema dell'emergenza/urgenza generano richieste complesse, che necessitano di una risposta multiprofessionale e multidisciplinare. Le risorse a disposizione dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) non si aggiornano con la stessa rapidità, pertanto una riflessione sui punti critici appare cruciale per formulare proposte costruttive. Il gruppo di approfondimento e proposta SIPLO "Attività ospedaliere ed emergenze psichiatriche", costituitosi nell'aprile 2025, ha individuato quattro sottogruppi, corrispondenti ad altrettante aree tematiche ritenute significative:

- Contatti e collegamenti PS-SPDC-setting pre- e post-ospedalieri
- Consulenza e collegamento con i diversi ambiti ospedalieri, con particolare attenzione alle situazioni di criticità clinico-trattamentale, in particolare ai tentativi suicidari (TS) e alle condizioni di rischio suicidario.
- Emergenze psichiatriche/comportamentali in età evolutiva
- Procedure per interventi non consensuali (adulti e minori)

CONTATTI E COLLEGAMENTI PS - SPDC - SETTING PRE- E POST-OSPEDALIERI

Premessa

Il presente documento intende offrire una riflessione aggiornata sulle criticità e le dinamiche attualmente in atto nel sistema di collegamento tra i servizi territoriali, il Pronto Soccorso (PS) e i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), con particolare attenzione alle fasi pre- e post-ospedaliere nella gestione delle urgenze psichiatriche. Il contesto sanitario post-pandemico, la persistente carenza di risorse, e i cambiamenti interni all'utenza stanno infatti ridefinendo in profondità i percorsi di cura. Da un lato, il PS è chiamato a garantire una valutazione complessiva e multidisciplinare, evitando la stigmatizzazione di categorie di soggetti sulla base della

loro patologia e/o delle manifestazioni concomitanti; dall'altro, gli psichiatri vanno assumendo un ruolo via via più rilevante nel contesto dell'urgenza. Sempre più spesso, infatti, si trovano a gestire situazioni multiproblematiche che richiedono competenze che travalicano quelle tradizionalmente connesse alla pratica psichiatrica generale: stati di intossicazione, violenza domestica, crisi personali derivanti da complesse situazioni psicosociali, urgenze legate alla marginalità sociale, nonché criticità connesse ai fenomeni migratori.

1. Il territorio come centro della cura e le nuove fragilità del sistema

Nonostante il territorio resti il fulcro della presa in carico della salute mentale, l'interfaccia con l'ospedale risulta oggi sempre più fragile. La progressiva riduzione dei posti letto, dovuta in larga parte alla carenza di personale, limita la possibilità di accesso ai reparti per acuti e impone una riorganizzazione della gestione dell'urgenza. In assenza di posti letto disponibili, non solo nella propria struttura ma anche nella rete regionale — attualmente priva di un sistema informatizzato e consultabile per la verifica dell'occupazione degli SPDC — si ricorre talvolta ad ospedali di regioni confinanti, anch'essi sovente saturi.

2. Il Pronto Soccorso come “terzo spazio” nella gestione dell'urgenza psichiatrica

In tale contesto, l'équipe territoriale si trova spesso costretta a scegliere tra:

- La gestione diretta dell'urgenza sul territorio, in assenza di omogenei e diffusi strumenti operativi sul modello dell'*Home Treatment Team*;
- Il ricorso al PS, divenuto ormai un “terzo spazio” di fatto per la cura della sofferenza mentale.

Questo spazio ibrido, sviluppato come filtro infettivologico in epoca pandemica, è oggi utilizzato per valutazioni in setting ad alta intensità medica, data la crescente complessità dell'utenza: abuso di sostanze eccitanti (in particolare cocaina), gesti autolesivi me-

diate assunzione di farmaci e quadri clinici con elevata instabilità psicopatologica. Tuttavia, i PS sono in grave sofferenza, sovraffollati e carenti di personale, con spazi inadeguati e assenza diffusa di locali dedicati alla gestione delle urgenze psichiatriche o dei comportamenti alterati da sostanze. Gli psichiatri si trovano spesso a dover operare in ambienti non idonei, come corridoi o stanze improvvisate, con ripercussioni sulla qualità e sicurezza dell'intervento.

3. Interventi complessi e collaborazioni interdisciplinari

La gestione dei quadri acuti legati all'abuso di sostanze, spesso caratterizzati da disturbo comportamentale e incertezza diagnostica, richiede frequentemente la collaborazione con anestesisti e Centri Antiveneni (CAV), trattandosi di situazioni a prevalente gestione medica. In questi casi, si sottolinea la necessità di:

- Protocolli di intervento rapido dedicati, sul modello dei Trauma Team. La corretta gestione dei casi acuti con prevalente sintomatologia psichiatrica che afferiscono al PS dovrebbe prevedere la possibilità di un contatto preliminare, prima dell'accesso in ospedale, con la rete di emergenza-urgenza territoriale, finalizzato a garantire il collegamento tra urgenza territoriale e presidio ospedaliero;
- Procedure operative per i casi ad alto rischio e per la gestione dell'aggressività, con il coinvolgimento diretto delle Forze dell'Ordine (FFOO) e la tutela degli operatori sanitari. Paradossalmente, non sono rari i casi in cui soggetti inizialmente presi in carico delle FFOO, dopo aver manifestato comportamenti alterati, vengano lasciati in PS senza adeguata supervisione o custodia, aggravando la complessità clinica e organizzativa della situazione;
- Riconoscimento della comorbidità tra uso di sostanze e patologie psichiatriche come fattore critico di complessità clinica e di specificità assistenziale. Tale condizione ha un impatto rilevante sia sulla

gestione operativa da parte del personale sanitario, sia sugli esiti terapeutici a breve e lungo termine. La presenza di impulsività, aggressività, scarsa consapevolezza di malattia, craving, sintomi da astinenza e risposte farmacologiche complesse e non sempre prevedibili richiede competenze cliniche e relazionali avanzate, oltre ad abilità nelle tecniche di de-escalation. Tutti questi fattori incidono in modo significativo sulla qualità dell'intervento e sulla durata della degenza.

4. L'incremento delle urgenze psichiatriche in età evolutiva

Un fenomeno in allarmante crescita è il ricorso al PS da parte di minorenni con disturbi psichici. A fronte di numeri in costante aumento, si segnala l'assenza, in molti presidi, di consulenti di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), con conseguente coinvolgimento improprio degli psichiatri dell'adulto.

Tale dinamica evidenzia la carenza strutturale di posti letto per minori e l'assenza di percorsi dedicati, malgrado l'evidente evoluzione epidemiologica.

5. Pressioni istituzionali e ricoveri impropri

Un ulteriore nodo critico è rappresentato dalle richieste di ricovero in SPDC avanzate dall'Autorità Giudiziaria e dalle strutture di riabilitazione psichiatrica. In numerosi casi, tali strutture pongono il ricovero ospedaliero come condizione necessaria per la continuità della cura residenziale, senza che vi sia una reale condivisione del caso con i servizi per le acuzie. In situazioni limite, il paziente viene di fatto "dimesso in SPDC" o addirittura inviato direttamente in PS, eludendo qualsiasi confronto clinico e organizzativo. L'appropriatezza del ricovero rappresenta un elemento fondamentale di ogni buona pratica clinica, garantita da équipe multidisciplinari e multiprofessionali operative negli SPDC, orientate al mantenimento di un clima di reparto terapeutico.

6. La crisi del sistema e il ruolo della rete

Infine, è da segnalare l'aumento di accessi al PS legati a situazioni di disagio sociale preminente, per le quali la rete assistenziale non riesce a fornire risposte tempestive o adeguate. In assenza di alternative, questi pazienti restano a lungo nei PS, con richieste inadeguate di ricovero in SPDC, che non rappresenta lo strumento idoneo per rispondere a bisogni sociali e abitativi.

Proposte

Il quadro attuale impone una profonda revisione dei modelli organizzativi e dei percorsi tra territorio, PS e SPDC. Si propone:

- L'implementazione di strumenti condivisi per la rilevazione, l'aggiornamento e la gestione dei posti letto disponibili;
- La creazione di protocolli di intervento rapido per i quadri clinici complessi;
- L'attivazione di spazi di intervento dedicati, in grado di garantire condizioni di sicurezza clinica e ambientale adeguati;
- Una formazione integrata e continua con il personale sanitario che opera nel setting dell'urgenza, accompagnata dalla diffusione e condivisione di documenti operativi per la gestione del disturbo comportamentale;^{1,2}
- Il rafforzamento della rete tra DSMD, Medici di Medicina Generale (MMG), continuità assistenziale e privato accreditato, per una presa in carico tempestiva e coordinata;
- La pianificazione strutturata del passaggio dal reparto ospedaliero ai percorsi post-acuti territoriali e/o riabilitativi;
- L'uso esteso di sistemi informativi integrati e di strumenti di telemedicina/telepsichiatria, per facilitare la comunicazione e la gestione condivisa dei casi tra reparti psichiatrici, PS, e operatori territoriali;
- Una maggiore attenzione ai rapporti con il privato accreditato, in particolare con le strutture residenziali e riabilitative, per garantire continuità terapeutica e appropriatezza dell'invio;

- L’attivazione di percorsi specifici per l’età evolutiva, con posti letto dedicati e modelli organizzativi adeguati ai bisogni psicologici, neuroevolutivi e relazionali;
- Il coinvolgimento strutturato delle forze dell’ordine per la gestione delle situazioni ad alto rischio per la sicurezza;
- Il superamento delle prassi disfunzionali che vedono il reparto psichiatrico come luogo di attesa per l’attivazione (o la maturazione) di progetti territoriali o comunitari, con particolare attenzione ai pazienti autori di reato o sottoposti a misure di sicurezza;
- Un investimento sul territorio, al fine di ridurre i ricoveri impropri e fornire risposte concrete al disagio sociale.

CONSULENZA E COLLEGAMENTO CON I DIVERSI AMBITI OSPEDALIERI, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLE SITUAZIONI DI CRITICITÀ CLINICO-TRATTAMENTALI

Premessa

La consulenza psichiatrica in ambito ospedaliero rappresenta un’attività essenziale per l’identificazione e la gestione precoce di situazioni ad alto rischio clinico, come il rischio suicidario o gli scompensi a presentazione psichiatrica in soggetti con patologia organica. Il collegamento strutturato tra psichiatria e reparti medici e chirurgici è cruciale per garantire appropriatezza clinica, sicurezza operativa e continuità terapeutica. Le situazioni di criticità costituiscono spesso una sfida clinico-trattamentale che richiede modelli operativi condivisi e protocolli di intervento tempestivi. In tale prospettiva, il rafforzamento dei percorsi di consulenza specialistica, l’adozione di protocolli condivisi e la formazione integrata delle équipe multidisciplinari sono strumenti essenziali per ridurre il rischio clinico, migliorare l’appropriatezza degli interventi e garantire continuità nella presa in carico dei pazienti. Un collegamento efficace tra il reparto di psichiatria e gli altri ambiti specialistici – in particolare PS, medicina generale, chirurgia e terapia intensiva – è fondamentale per garantire una presa in

carico tempestiva, integrata e appropriata dei pazienti con problematiche psichiatriche acute.

1. Situazioni di criticità clinico-comportamentale

Assumono particolare rilevanza le situazioni caratterizzate da elevata complessità clinico-comportamentale, tra cui:

- Tentativi di suicidio;
- Presenza di rischio suicidario attivo o potenziale;
- Grave agitazione psicomotoria;
- Quadri psicopatologici che interferiscono con trattamenti medici o chirurgici in corso.

Nei casi di tentato suicidio, in particolare, è essenziale attivare un percorso clinico-assistenziale integrato che includa la valutazione psichiatrica precoce in PS, l’identificazione di fattori di rischio e protettivi, l’elaborazione di un piano di sicurezza condiviso e, quando necessario, il ricovero SPDC o l’invio strutturato ai servizi territoriali per il follow-up. Tali interventi richiedono competenza clinica, la definizione di protocolli interdipartimentali e la formazione congiunta del personale a vario titolo coinvolto, promuovendo l’interdisciplinarietà e l’interprofessionalità. Un riferimento operativo istituzionale è rappresentato dalla Raccomandazione Ministeriale n. 4, pubblicata nel 2008, relativa alla prevenzione del suicidio dei pazienti nel setting ospedaliero.³ Il documento fornisce indicazioni su aspetti clinici, strutturali e organizzativi da considerare nelle realtà locali, ma ancora oggi non trova un’implementazione omogenea.

2. Strumenti e approcci proposti

Per una gestione efficace del rischio suicidario e delle situazioni ad alta complessità clinica in ambito ospedaliero, si propone:

- La messa in atto della valutazione del rischio suicidario fondata sul giudizio clinico, integrabile con metodi strutturati e validati. L’utilizzo di scale standardizzate, quali l’*Ask Suicide-Screening Questions* (ASQ) e la *SAD PERSONS Scale*, supporta – senza sostituirla – la valutazione clinica, favorendo la stratificazione del rischio.

È fondamentale esplorare ideazione suicidaria, intento, pianificazione, accesso ai mezzi e fattori protettivi.^{4,5}

- L'implementazione di protocolli interdipartimentali condivisi tra DSMD e reparti ospedalieri;
- La formazione congiunta e interdisciplinare degli operatori sanitari coinvolti nella gestione di queste situazioni, quali medici, infermieri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica e altri professionisti del settore;
- La presenza di équipe dedicate di psichiatria di collegamento, con tempi di risposta certi e competenze trasversali

3. Continuità assistenziale durante il ricovero

In caso di ricovero ospedaliero per patologie mediche concomitanti, è necessario assicurare la continuità della presa in carico psichiatrica lungo tutto il decorso clinico. A tal fine, si raccomanda l'adozione di un modello strutturato di psichiatria di liaison, in grado di garantire:

- Valutazione e intervento specialistico tempestivo;
- Integrazione del piano terapeutico psichiatrico nel percorso clinico generale;
- Supporto psicologico alla persona ricoverata;
- Sostegno all'équipe curante nella gestione della complessità.

4. Esiti e benefici attesi

L'intervento psichiatrico precoce e strutturato in ambito ospedaliero può produrre un impatto significativo su:

- La sicurezza del paziente, prevenendo esiti gravi o auto/eteroaggressivi;
- Il decorso clinico complessivo, riducendo complicanze e interruzioni terapeutiche;
- Il benessere psicologico delle équipe curanti, attraverso il contenimento dello stress operativo;
- La continuità della cura post-dimissione, migliorando l'aderenza ai percorsi terapeutici territoriali.

5. Criticità attuali e prospettive di miglioramento

Il sottogruppo di lavoro ha identificato le seguenti criticità operative ricorrenti:

- Tempi di attivazione della consulenza psichiatrica non standardizzati;
- Carenza di personale dedicato alla psichiatria di collegamento;
- Assenza di ambienti idonei alla valutazione psichiatrica in urgenza;
- Disomogeneità nei protocolli tra reparti e servizi;
- Mancanza di percorsi strutturati per pazienti con rischio suicidario.

Per superare tali criticità si propone:

- Il riconoscimento formale e operativo della psichiatria di collegamento come componente essenziale dell'assistenza ospedaliera integrata;
- L'istituzione di équipe multidisciplinari dedicate, con risorse professionali e logistiche adeguate;
- La definizione di procedure aziendali condivise per la gestione delle urgenze psichiatriche;
- La promozione di formazione continua per tutto il personale coinvolto.

6. Considerazioni

Alla luce della crescente complessità dei bisogni dei pazienti in ambito ospedaliero, la consulenza psichiatrica e il collegamento strutturato tra salute mentale e medicina generale rappresentano una priorità clinico-organizzativa. L'integrazione tempestiva di competenze psichiatriche nei percorsi ospedalieri, in particolare nelle situazioni di rischio clinico elevato, è una condizione necessaria per garantire qualità e sicurezza dell'assistenza, nonché per tutelare la salute psichica e fisica della persona.

EMERGENZE PSICHIATRICHE/COMPORAMENTALI IN ETÀ EVOLUTIVA

Premessa

La gestione delle emergenze comportamentali e psichiatriche in età evolutiva rappresenta una delle sfide più complesse nell'ambito dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo diverse figure professionali: pediatri, medici dell'urgenza intra ed extraospedaliera, neuropsichiatri infantili e dell'adolescenza, nonché psichiatri dell'età adulta. Si tratta di una problematica clinica e organizzativa di grande rilevanza e criticità a livello nazionale, come dimostrano i dati relativi al numero di minori ricoverati in SPDC destinati agli adulti.

Sebbene bambini e adolescenti accedano ai servizi d'urgenza per molteplici motivi — inclusi fattori psicosociali — le cause più comuni comprendono: condotte suicidarie e autolesive, psicosi, agitazione, aggressività, abuso di sostanze e disturbi del comportamento alimentare. Il crescente afflusso di minori con problematiche psichiatriche ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) — contesti spesso inadeguati a rispondere ai loro specifici bisogni — e il conseguente aumento dei ricoveri ospedalieri, rappresentano fenomeni ampiamente documentati e in costante espansione, al punto da configurarsi come una vera e propria emergenza di salute pubblica.

1. Obiettivi e contesto della presa in carico

Alla luce di questa realtà clinica, si ritiene indispensabile definire linee di indirizzo condivise tra le diverse società scientifiche finalizzate alla prevenzione, valutazione e gestione delle emergenze comportamentali e psichiatriche in età evolutiva. La presa in carico dell'adolescente in ambito ospedaliero deve avvenire in ambienti adeguati, che rispettino le sue esigenze evolutive, la natura del disturbo, la sua sicurezza e che non costituiscano un'esperienza traumatizzante. Il personale coinvolto deve essere specificamente formato nella gestione delle situazioni di crisi. Appare inoltre centrale affrontare con

competenza e consapevolezza un tema particolarmente delicato nei contesti che coinvolgono popolazioni fragili — e ancor più nell'ambito minorile — quale quello della responsabilità e del consenso.

2. Criticità operative e bisogni clinici emergenti

- Gestione dei pazienti in età evolutiva in emergenza: tematica in crescita, critica e di grande impatto clinico-organizzativo;
- Fenomeno del boarding in PS: permanenza prolungata in aree inadeguate rispetto ai bisogni psichiatrici, oltre i tempi strettamente necessari;
- Presentazioni cliniche più frequenti: agitazione, condotte autolesive e suicidarie, rifiuto alimentare grave. Sono in aumento anche i comportamenti dirompenti, spesso resi più intensi dal concomitante abuso occasionale di sostanze, che assume un ruolo significativo sia nella slatentizzazione del disturbo psichiatrico, sia nella complessità della sua gestione;
- Carente risposta assistenziale appropriata, sia in termini qualitativi che quantitativi: la maggior parte delle evidenze e dei modelli di intervento proviene da ambiti non emergenziali (es. ambulatori o ricoveri programmati);
- Necessità di un modello specifico per l'intervento in PS: il modello dovrebbe integrare approcci farmacologici e non farmacologici, con l'obiettivo di stabilizzare il paziente e definire un piano assistenziale personalizzato (dimissione o ricovero in ambiente idoneo).

3. Proposte organizzative e direzioni di sviluppo

- Consenso sulla necessità di una consulenza tempestiva da parte della NPPIA, mentre il pediatra d'urgenza esegue tutte le valutazioni volte a escludere cause non psichiatriche della crisi.
- Gestione dei casi che coinvolgono il consulente psichiatra dell'età adulta in PS: emergono domande aperte, sollevate dalla pratica clinica quotidiana, su quali interventi attuare nell'attesa della consulenza specialistica e su quali modelli clinico-organizzativi sia opportuno implementare. Si evi-

denza la necessità di uno strumento dipartimentale che favorisca l'integrazione e la sinergia tra neuropsichiatria dell'età evolutiva, psichiatria dell'età adulta, servizi per le dipendenze e psicologia clinica, nonché una reciproca conoscenza dei rispettivi sistemi e modelli di cura.

- Consenso sull'esigenza di spazi di ricovero dedicati: è necessario garantire trattamenti intensivi, multimodali e personalizzati, che includano interventi psicoeducativi, psicoterapeutici e psicofarmacologici. Si sottolinea la necessità di superare l'idea del ricovero come semplice finestra temporale, rinviando ogni trattamento all'ambito ambulatoriale. Dove, con quali risorse?
- Urgenza di rendere operative le evidenze scientifiche sull'esordio precoce delle patologie psichiatriche; la maggior parte di esse si colloca in età evolutiva. È prioritario rafforzare le azioni di prevenzione e migliorare gli esiti attraverso risposte strutturate a una domanda in costante crescita.
- Consenso sulla necessità di istituire aree di transizione dall'età evolutiva all'età adulta all'interno dei DSMD, che facilitino, anche nell'ambito dell'urgenza, la definizione di procedure per l'implementazione di un piano di crisi condiviso e individualizzato — basato sui bisogni di cura — che comprenda interventi, risorse e strategie.

Criticita Sistemiche	Azioni
Carenza di psichiatri dell'età evolutiva	Attivazione di consulenza specialistica
Assenza di protocolli condivisi tra servizi	Protocolli di intervento (rischio suicidario, agitazione)
Frammentazione tra NPJA, psichiatria adulti e pediatria	Spazi protetti e personale formato nei PS pediatrici
Difficoltà nella gestione in PS e nei reparti pediatrici	Integrazione tra ospedale, NPJA, servizi territoriali
Carenza posti letto NPJA	Percorsi strutturati per la transizione verso la psichiatria adulti

Emergenze psichiatriche/comportamentali in età evolutiva

4. L'urgenza di dare una risposta

Le emergenze psichiatriche che giungono in ospedale coinvolgono minori spesso in condizioni di grave crisi, per i quali i contesti standard attuali di risposta all'emergenza si rivelano inadeguati. L'assenza di spazi e personale dedicati espone i pazienti a percorsi disfunzionali e potenzialmente traumatici. È urgente sviluppare modelli operativi specifici per l'età evolutiva, capaci di garantire interventi rapidi, sicuri e personalizzati in luoghi appropriati all'età, come indicato — da anni — dal Ministero della Salute nelle sue *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*,⁶ e come richiesto dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA).⁷ Ospedali e servizi devono adattarsi alla complessità di questi quadri, costruendo risposte che non siano solo contenitive, ma realmente terapeutiche e capaci di superare la eccessiva disomogeneità degli interventi.

PROCEDURE PER INTERVENTI NON CONSENSUALI (ADULTI E MINORI)

Premessa

L'intervento psichiatrico in assenza di consenso costituisce una delle aree più complesse e delicate dell'attività clinica, poiché mette in tensione il diritto alla salute con il principio costituzionale all'auto-determinazione. L'obiettivo del lavoro di riflessione è offrire un quadro organico e aggiornato dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO), alla luce dell'evoluzione normativa e giurisprudenziale, nonché delle prassi operative in ambito clinico.⁸

1. Questioni interpretative e aspettative

Un nodo centrale è il ruolo di garanzia del medico, che comporta obblighi di protezione e controllo anche nei confronti dei pazienti non in grado di esprimere un consenso valido. In tale ottica, il trattamento obbligatorio deve essere sempre interpretato come intervento terapeutico.

tico e riabilitativo, mai come mera misura contenitiva o custodiale, e deve mantenere come obiettivo il rispetto della dignità, sicurezza e salute del paziente.

La recente sentenza della Corte Costituzionale n. 76/2025 ha dichiarato parzialmente incostituzionale l'art. 35 della legge 833/78, nella parte in cui non garantiva al paziente sottoposto a TSO il diritto di essere informato del provvedimento, ascoltato dal giudice tutelare e destinatario della notifica del decreto di convalida.⁹ Tale pronuncia ha rafforzato le garanzie procedurali a tutela della libertà personale, richiamando un miglior coordinamento tra autorità sanitarie, giudiziarie e forze dell'ordine. L'obbligo di tracciabilità degli atti e di una documentazione clinica accurata sottolinea l'importanza della responsabilità e della trasparenza nelle decisioni sanitarie.

Se da un lato l'impostazione è stata accolta positivamente da più parti per l'attenzione ai diritti, dall'altro sono emerse criticità operative legate alla tracciabilità degli atti, alla documentazione clinica accurata, all'utilizzo di strumenti tecnologici per la comunicazione remota e alla necessità di adeguare le procedure esistenti. Si moltiplicano pertanto le richieste di un intervento normativo chiaro, aggiornato e praticabile.

2. Operatività

Nell'ambito della messa in atto degli interventi non consensuali, è fondamentale definire con chiarezza i criteri e le modalità di azione, tenendo conto delle implicazioni cliniche, etiche e legali.

- È necessario mantenere alta l'attenzione su questa area di intervento, che tocca i fondamenti della relazione terapeutica e della responsabilità clinica;
- Il ruolo di garanzia del medico implica un bilanciamento tra tutela del paziente e rispetto delle libertà individuali. Anche nei casi in cui il paziente non sia in grado di esprimere un consenso valido, il medico è chiamato a intervenire per salvaguardare la salute, garantendo allo stesso tempo proporzionalità e trasparenza e a fornire una adeguata documentazione;

- Il TSO non va inteso come misura coercitiva, ma come strumento terapeutico straordinario, volto alla protezione del soggetto in situazione di grave alterazione psichica;
- La citata pronuncia della Corte Costituzionale 76/2025 impone l'adeguamento delle prassi clinico-amministrative, rafforzando le garanzie procedurali e richiedendo tracciabilità, notifiche e ascolto del paziente anche in contesti di urgenza;
- È necessaria una maggiore consapevolezza e chiarezza nel coordinamento tra i diversi attori coinvolti nell'esecuzione dei TSO, al fine di risolvere criticità operative e tensioni tra operatori di polizia e operatori sanitari, chiamati ad agire in sinergia per l'attuazione corretta del provvedimento.

3. Il TSO in età evolutiva

Una particolare attenzione deve essere rivolta alla gestione del TSO nei minori, che pone criticità specifiche in termini di:

- disponibilità di risorse (posti letto dedicati, personale formato);
- appropriatezza clinica e giuridica dell'intervento;
- modelli integrati di presa in carico tra NPIA, PS, reparti pediatrici, servizi sociali e magistratura;
- necessità di ambienti sicuri e coerenti con le esigenze evolutive.

Il trattamento obbligatorio in età evolutiva deve essere sempre considerato *estrema ratio*, attivabile solo quando ogni altra forma di intervento consensuale o protetto sia stata valutata e ritenuta inadeguata.

4. Interventi urgenti in stato di necessità

Merita particolare attenzione il tema degli interventi sanitari effettuati in assenza di consenso, nei casi in cui si tratti di azioni proporzionate, urgenti e non differibili, rientranti nello *stato di necessità* disciplinato dall'art. 54 del Codice Penale. Situazioni cliniche come la compromissione dello stato di coscienza o gravi deficit cognitivi (es.

delirium, intossicazione da sostanze, quadri astinenziali) impongono al medico di intervenire anche in assenza di un esplicito consenso, al fine di tutelare la salute e l'incolumità del paziente, evitando il rischio di incorrere nei reati di abbandono di incapace o nella violazione del codice deontologico.

In tali contesti, il medico agisce in forza di un principio di responsabilità clinica e tutela immediata, che legittima l'intervento anche in mancanza di autorizzazione preventiva o consenso esplicito, purché siano sempre documentati la finalità terapeutica e la non differibilità dell'atto sanitario.

BIBLIOGRAFIA:

1. Paolillo C., Casagrande I., Perlini S., et al. (2022). *Management of acute behavioral disturbance in the Emergency Department: An Italian position paper from AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX*. Emergency Care Journal, 18, 10609
2. Paolillo C., Lerza R., Casagrande I., et al. (2022). *Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale in Pronto Soccorso*. Psichiatria Oggi, 1, 16–19. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2022/07/PsichiatriaOggi-annoXXXV-n1-03-PAOLILLO-Emergenza-Comportamentale.pdf
3. Ministero della Salute. (2008). Raccomandazione n. 4 - *Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/raccomandazione-ndeg4-prevenzione-del-suicidio-di-paziente-ospedale/
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Self-harm and suicide prevention. NICE guideline* [NG225]. Consultato il 15 settembre 2025 da: www.nice.org.uk/guidance/ng225
5. American Psychiatric Association. (2023). *Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. Consultato il 15 settembre 2025 da: www.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890426760
6. Ministero della Salute. (2024). *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*. Roma: Ministero della Salute. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/linee-di-indirizzo-sui-disturbi-neuropsichiatrici-e-neuropsichici-dellinfanzia/
7. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA). (2023). *Dichiarazione pubblica sulla salute mentale minorile e ricoveri in SPDC per adulti*. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.garanteinfanzia.org/salute-mentale-lautorita-garante-basta-minorenni-ricoverati-con-gli-adulti-o
8. Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale della Direzione Generale Welfare [Lombardia]. (2018). *Procedura per l'esecuzione degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO) e dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) in ambito regionale*
9. Corte Costituzionale. (2025). Sentenza n. 76/2025: *Illegittimità costituzionale parziale dell'art. 35 della legge 833/78 in materia di TSO*. Roma: Corte Costituzionale. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/ECLI:IT:COST:2025:76

LA POSIZIONE DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA 'SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA'

Coordinatori gruppo:

Giancarlo Cerveri (ASST Lodi)

Alessia Cicolini (ASST Mantova)

Partecipanti:

Antonio Amatulli (ASST Brianza)

Antonio Calento (ASST Lodi)

Fabio Canegalli (ASST Pavia)

Federico Durbano (ASST Melegnano Martesana)

Anna Giroletti (SST Santi Paolo Carlo)

Paolo Azzone (ASST Rhodense)

Virginio Salvi (ASST Crema)

PREMESSA

L'approvazione della legge 81 del 2014, istituita con la finalità di superare gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari mediante l'istituzione delle REMS (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) e la presa in carico territoriale dei soggetti autori di reato e non punibili per incapacità psichica, ha presentato notevoli criticità di applicative nel corso degli ultimi anni che vanno dalle difformità applicative delle misure di sicurezza al problema delle liste d'attesa delle Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS) all'attribuzione di titolarità per gli obblighi di custodia, per ricordarne alcuni. Con la Sentenza n. 22 del 2022 la Corte Costituzionale ha posto la necessità di trovare adeguate soluzioni a tali criticità applicative.

È doveroso definire alcuni temi da porre come assolutamente centrali nel dibattito tecnico-scientifico e sui cui ridefinire prassi operative maggiormente efficaci.

Nello specifico si ritiene di poter definire alcuni aspetti di merito secondo rilievi di ordine tecnico scientifico, sintetici che rimandano poi a documenti di approfondimento definiti da componenti del gruppo di lavoro

MISSION E RUOLO DEL DSMD

La missione del DSMD nel trattamento del soggetto autore di reato prevede attività di assistenza come missione specifica e fondante l'affidamento che il paziente ha nel servizio. Per assistenza si ritiene la proposizione di un percorso di cura che preveda l'adesione ad interventi psicofarmacologici, riabilitativi e l'adesione a specifiche altre prescrizioni di cura. Se i DSMD sono consapevoli che giurisprudenza consolidata e diritto indicano che la cura del paziente psichiatrico non possa essere radicalmente scissa da doveri di responsabilità connessi alla posizione di garanzia ("Il fondamento della posizione di garanzia va rinvenuto nel dovere di cura, che include un potere-dovere di sorveglianza ogni qual volta l'affezione psichica per sua natura è tale da esporre il malato o altri ad eventi lesivi" *Cassazione Penale 12 febbraio 2013, n. 16975; Cassazione Penale 18 maggio 2017 n. 43476*), questi

ultimi devono essere posti in essere nell'alveo dei doveri sanitari di rispetto dei diritti individuali al minimo grado di limitazione possibile della libertà individuale, del primario diritto alla cura (normalmente recessivo rispetto al dovere del controllo) nonché dei limiti imposti dalla legge. Il DSMD può svolgere anche funzioni di vigilanza, intese nel senso di assicurarsi che il paziente si attenga alle prescrizioni terapeutiche, segnalando al magistrato di sorveglianza in caso di mancanza di adesione alle stesse; il magistrato modificherà la misura e le relative prescrizioni. I servizi di cura presenti nel Dipartimento (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Psicosociale, Centro Diurno e strutture residenziali), sono strutture finalizzate all'assistenza e al trattamento che di norma è volontario. L'obbligo alle cure non può essere imposto dalle strutture dipartimentali (fatti salvi i casi esplicitamente previsti dalla legge) perché ciò inevitabilmente renderebbe non attuabile quel rapporto fiduciario di affidamento tra paziente e personale sanitario necessario per avviare un proficuo percorso volto a modificare lo stato di salute psichica del soggetto.

Statement 1

Gli interventi forniti dal DSMD sono orientati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione di persone con disturbo mentale e/o dipendenza patologica. Qualsiasi intervento che abbia al centro istanze di sorveglianza o custodia che trascendano la funzione clinica del DSMD rischia di snaturare e delegittimare il rapporto fiduciario necessario alla cura del paziente e va pertanto evitato. Il bisogno clinico resta centrale rispetto agli aspetti di difesa sociale, afferenti ad altre Agenzie, nella programmazione e messa in atto del percorso di cura

Regione Lombardia con la DGR 5340/2016 ha previsto di sostenere l'attività territoriale mediante la formazione di équipes forensi per occuparsi di quei soggetti che necessitano di competenze di diversa natura: psichiatriche

e giuridiche. Queste équipes specifiche sono da inquadrare all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze delle ASST.

Esse sono deputate a supportare e accompagnare i pazienti autori di reato nel corso della esecuzione penale, in qualsivoglia contesto sociale essi siano inseriti (istituti di pena, carcere, REMS, comunità terapeutiche, territorio). Inoltre, sono mediatrici della comunicazione fra la psichiatria e l'Autorità Giudiziaria; vanno inoltre rafforzate le buone prassi di interfaccia fra tali équipes e i periti in fase di stesura del loro elaborato (nello specifico, nella parte in cui sono chiamati a identificare il percorso di cura più idoneo a contenere le istanze di pericolosità sociale del paziente).

Le funzioni delle équipes forensi delle diverse ASST del territorio lombardo risultano al momento disomogenee, e una armonizzazione, uno sviluppo e/o consolidamento delle funzioni svolte risultano necessarie.

Statement 2

Le équipes forensi dei DSMD devono funzionare considerando i seguenti punti come imprescindibili: continua integrazione con il servizio, svolgere percorsi formativi specifici, sviluppare l'adeguata expertise per l'interlocuzione con l'Autorità giudiziaria nei diversi gradi, dall'indagine, al giudizio alla fase di sorveglianza, tracciare le proprie attività/prestazioni, dotarsi un documento che ne definisca il funzionamento, dotarsi di una figura di Responsabile, definire protocolli locali per l'applicazione reale dei protocolli DSMD-Magistratura delle Corti d'appello di Milano e Brescia, stimolare lo sviluppo di una formazione interna sul campo a favore del personale del Dipartimento di Salute Mentale.

LA VALUTAZIONE PERITALE

Sul tema della scelta del perito, per le condizioni in cui si valutano temi di imputabilità e pericolosità sociale, si ritiene che, trattandosi spesso di condizioni caratterizzate

da comportamenti violenti, con frequente abuso di alcol e sostanze, scarsa o nulla critica di malattia e adesione ai trattamenti, sia necessaria una specifica competenza di natura esperienziale. Trattandosi di persone che non risultano rappresentate nei comuni trial clinici controllati, fonte maggiore di dati per la letteratura scientifica, le conoscenze che il perito deve utilizzare per fornire un parere tecnicamente e scientificamente motivato devono necessariamente provenire dall'esperienza clinica che unicamente si sviluppa nel contesto del lavoro dei servizi pubblici, unici luoghi dove tali persone ricevono abitualmente e con continuità percorsi di assistenza e cura. È per altro necessario che questa esperienza sia ragionevolmente recente. Per sostanziare tale esperienza è necessario che sia mantenuta in tempi recenti al fine di tenere in considerazione le trasformazioni epidemiologiche e la riorganizzazione dei servizi di salute mentale. Viene ovviamente data per scontata una adeguata conoscenza della psicopatologia forense

Statement 3

Si ritiene necessario che il perito psichiatra incaricato di valutare imputabilità ed eventuale pericolosità sociale di un soggetto autore di reato, nonché di elaborarne il progetto/affidamento, abbia maturato una consolidata e attuale esperienza presso i servizi psichiatrici pubblici e nell'ambito della psicopatologia forense.

Il modello attivo nella gestione dei servizi di salute mentale è fondato, per i pazienti gravi, su percorsi di presa in carico da parte di un'équipe dedicata, costituita da psichiatra referente, infermiere di riferimento, assistente sociale, educatore, psicologo. Le figure tutte o in parte presenti a seconda delle necessità cliniche e degli aspetti organizzativi, garantiscono un intervento continuativo e assertivo fornendo coerenza nella proposizione di un percorso di cura nelle diverse fasi della vita del paziente. Per tale motivo nell'elaborazione della valutazione di pazienti in carico al servizio è di fondamentale impor-

tanza che questo enorme dato conoscitivo debba essere fornito al perito che, invece, in alcuni casi finisce per accedere a solo alcune informazioni che rischiano di non rappresentare con la dovuta coerenza il percorso di cura (per esempio raccogliendo solo alcune lettere di dimissione ospedaliera in un soggetto in carico da anni ad un Centro Psicosociale).

Statement 4

Per i soggetti già in carico ad un DSMD il perito psichiatra ha l'obbligo di acquisire le informazioni relative alla presa in carico del paziente ed al percorso di cura effettuato tramite, oltre all'ovvia acquisizione di tutti i documenti utili, una relazione inclusiva che contenga informazioni relative all'anamnesi, alla diagnosi e agli interventi terapeutici messi in atto, nonché alle eventuali criticità relative al percorso di cura.

Sul tema della valutazione dei soggetti autori di reato e in carico al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, si osserva con sempre maggiore frequenza l'interessamento di persone con diagnosi duale, cioè attinente sia alla patologia psichica che a disturbi connessi all'uso di alcol o sostanze d'abuso. Tali soggetti sono spesso in carico in modo discontinuo con i servizi preposti alla cura e ciò rende il percorso terapeutico spesso poco o punto efficace. Il coinvolgimento di entrambi i servizi, sia nella fase di valutazione che nella fase di elaborazione del progetto, è l'unica modalità per formulare giudizi accurati e consistenti nonché per elaborare percorsi di cura che possano assicurare una buona probabilità di successo.

Permangono come aree critiche nelle valutazioni peritali l'affido al DSMD di soggetti con reati connessi alla Dipendenza da Sostanza che hanno compiuto il reato in stato di intossicazione acuta/astinenza dalla stessa sostanza. Definire non imputabili tali soggetti richiede l'applicabilità dell'art. 95 c.p. con il riconoscimento e la presenza dei criteri clinici per lo "stato di cronica intossicazione prodotta da alcool o da sostanze stupefacenti".

La Corte Costituzionale, con sentenza del 9.04.1998, n. 114, ha chiarito che la cronica intossicazione si differenzia dall'ubriachezza abituale in quanto è un dato irreversibile ovvero, in questo caso, i fenomeni tossici sono stabili, persistendo anche dopo l'eliminazione dell'alcool assunto, di conseguenza la capacità del soggetto può essere permanentemente esclusa o grandemente scemata (si pensi al delirium tremens, alla demenza alcolica di Korsakoff o alla paranoia alcolica).

Mentre nell'ubriachezza abituale i fenomeni tossici non sono onnipresenti, vengono meno, infatti, negli intervalli di astinenza, durante i quali il soggetto riacquista la capacità d'intendere e di volere. L'ubriachezza abituale pertanto è sempre un quadro transeunte. Terminato l'effetto della sostanza alcolica si assiste ad una restituito ad integrum nella personalità del soggetto.

In base al codice un reato commesso da un cronico intossicato da alcool può (anche se non deve) comportare l'applicazione degli artt. 88 e 89 c.p. (vizio totale/vizio parziale), nel mentre, come si evince dall'art. 94 c.p., per l'ubriachezza abituale scattano gli aumenti di pena. È necessario che detti segni siano osservabili e dimostrabili non nella fase acuta o durante la sindrome di astinenza, ma a distanza dalle stesse, perché solo così si ha la prova che l'uso della sostanza ha intaccato in modo duraturo la psiche del soggetto.

Tale erronea valutazione affida a percorsi non idonei (REMS/DSMD) soggetti con misure di sicurezze detentive e non detentive non idonei a percorsi di riabilitazione psichiatrica.

Statement 5

Si ritiene necessario che il perito psichiatra incaricato di valutare imputabilità e l'eventuale pericolosità sociale di un soggetto, se osserva elementi suggestivi di un Disturbo da uso di alcol o sostanze, coinvolga i servizi delle dipendenze (integrati nel DSMD) sia nella fase di valutazione che nella fase di elaborazione del progetto/affidamento del paziente e si attenga ai dettami della psicopatologia forense.

I PERCORSI DI CURA

Sul tema della formulazione di un percorso di cura e assistenza da indicare al giudice relativamente a un soggetto giudicato non imputabile e pericoloso socialmente, si è osservato che l'esigibilità della proposta passa necessariamente per la capacità di disegnarlo attraverso una specifica conoscenza del funzionamento dei servizi di salute mentale e dipendenze sia in termini organizzativi che di risorse disponibili. Ad esempio, risulta inattuabile un percorso riabilitativo che preveda un intervento educativo domiciliare se il servizio non è in grado di fornirlo nelle modalità proposte dal perito. La collaborazione del perito con il servizio psichiatrico incaricato della cura deve essere stabilita come un obbligo inderogabile per evitare di creare disposizioni inattuabili che mettono a rischio la realizzazione del percorso di cura con tutti i rischi connessi in termini di salute e di sicurezza. Tale necessità di collaborazione nasce anche dal fatto che i percorsi di cura per i cittadini sofferenti di patologia psichica sono erogati in una condizione di risorse limitate e talvolta limiti amministrativi imposti da normative specifiche ed enti esterni al DSMD (esempio, ATS). È necessario altresì evitare che prescrizioni eccessivamente onerose in termini di risorse destinate per soggetti autori di reato obblighino i servizi a ridurre prestazioni a soggetti in carico ma senza prescrizioni dell'autorità giudiziaria, determinando una discriminazione inaccettabile dal punto di vista dell'eguaglianza dei cittadini nell'accedere alle cure.

Statement 6

Si ritiene necessario stabilire un obbligo per il perito psichiatra di concordare le disposizioni clinico-terapeutiche con il DSMD a cui verrà affidata la realizzazione del percorso di cura, al fine di migliorarne il livello di attuazione rendendone altresì sicura l'esigibilità. Si consiglia la definizione a livello locale di accordi per una condivisa e univoca stesura del quesito peritale

Nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze i luoghi della cura sono diversificati, con caratteristiche strutturali e di disponibilità di personale e tecnologia profondamente differenziate per livelli e intensità di intervento. Così, se nel Pronto Soccorso l'assistenza e vigilanza che si possono offrire a un paziente sono elevate dal punto di vista sanitario, lo stesso accade presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura grazie alle sue caratteristiche strutturali, pur con una dotazione tecnologica e di personale inferiore al Pronto Soccorso. Ben diversa è la possibilità di garanzia di assistenza e vigilanza rivolto a persone con limitazioni della libertà che si possono garantire nelle strutture residenziali psichiatriche (Comunità Psichiatriche CP e Centri di Riabilitazione CR, indipendentemente dall'intensità riabilitativa e di assistenza prevista nell'accreditamento delle strutture stesse). Ancora minore è il grado di vigilanza esigibile in regime di semi residenzialità diurna o negli interventi ambulatoriali o domiciliari. In sintesi, i luoghi sopra definiti sono pensati e strutturati per la cura, e le funzioni di vigilanza risultano di conseguenza molto limitate. Il personale incaricato, poi, svolge compiti di assistenza e cura e non è preparato tecnicamente e culturalmente (la vigilanza è esigibile solo dove ricompresa nella funzione di cura) per quelli relativi al controllo sulla limitazione della libertà personale, fatta eccezione (e con notevoli criticità) per gli interventi previsti dalla normativa vigente come il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Per tali motivi si ritiene indispensabile che i soggetti autori di reato inviati per qualunque motivazione in una struttura sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale seguano le procedure di valutazione e trattamento seguite da tutti i cittadini, con particolare riferimento alla valutazione di Pronto Soccorso. Tale osservazione nasce dal fatto che l'eliminazione parziale o completa della valutazione clinica in Pronto Soccorso e l'ingresso diretto del paziente nel reparto di Psichiatria, al fine di garantire una più agevole sorveglianza del soggetto autore di reato, rappresenta una procedura discriminatoria che

espone a rischio clinico il soggetto, oltre a produrre una difformità di trattamento per la tutela della salute.

Statement 7

La competenza del soggetto autore di reato inviato in Pronto Soccorso è inizialmente, come per tutti i cittadini, di tipo medico. Sarà lo specialista del PS, al termine delle valutazioni ritenute necessarie, che disporrà l'invio al consulente psichiatra per le ulteriori valutazioni del caso. La sorveglianza del soggetto non può essere un elemento discriminante i percorsi clinici.

Per quanto concerne il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, esiste una consolidata letteratura sull'utilità di organizzare tali interventi su tempi molto limitati, favorendo dimissioni rapide finalizzate all'avvio dei percorsi di cura territoriali. La permanenza eccessivamente lunga in strutture con spazi limitati e pensate organizzativamente per brevi periodi di ricoveri rischia di produrre effetti negativi sulla salute psichica di soggetti che dopo la fase acuta siano costretti a ricoveri prolungati. Tale consolidata prassi clinica finalizzata alla tutela della salute dei cittadini tramite una riduzione del rischio di "istituzionalizzare" i pazienti è posta a rischio da disposizioni giuridiche di ricovero prolungate effettuate al solo scopo di evitare la reiterazione di reati.

Statement 8

Il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è pensato sia organizzativamente che strutturalmente per periodi di tempo limitati (degenza media regionale di 13/14 giorni). Si ritiene pertanto inappropriata la collocazione in tale ambito della persona socialmente pericolosa se non per la diagnosi ed il trattamento della fase acuta. La prosecuzione del ricovero oltre tale limite diventa un rischio iatrogeno per la salute del paziente ed un rischio per la sicurezza degli altri ospiti e del personale.

Per quanto riguarda gli interventi multidisciplinari condotti in ambito territoriale e finalizzati a garantire la continuità delle cure secondo modelli di presa in carico assertiva e intensiva, si assiste al rischio, nelle procedure di affidamento del paziente pericoloso socialmente al Dipartimento o al singolo Centro Psicosociale (CPS), di una diminuzione della contrattualità di cura da ottenere tramite una continua tensione dell'acquisizione del consenso. È necessario che tutti i percorsi di cura siano fondati sul continuo tentativo di dividerne con i pazienti la progettualità, demandando gli interventi di controllo e di limitazione della libertà agli organi giuridici, favorendo ove possibile nella misura più rilevante l'intervento di cura per la salute psichica all'interno delle carceri. Il generico obbligo alle cure da esercitare nel contesto territoriale in carico a operatori sanitari non solo non produce un miglioramento dei risultati a medio-lungo termine, ma espone pazienti e operatori a un incremento della conflittualità producendo un danno alla reale possibilità di costruzione di un percorso di cura.

Statement 9

Il Centro Psicosociale (CPS), coerentemente con i dati della letteratura scientifica sui modelli di intervento efficaci, garantisce la presa in carico delle problematiche psichiatriche e sociali del soggetto autore di reato garantendo la continuità delle cure secondo un modello di intervento assertivo finalizzato al soddisfacimento dei bisogni prevalenti. Gli interventi senza consenso sono solo quelli regolati dalla normativa vigente Legge 833/1978 art 33, 34, 35.

Con l'applicazione della legge 81 del 2014 si sono istituite le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Al fine di dare concreta attuazione al principio normativo del ricovero in R.E.M.S. come *extrema ratio*, i Giudici devono poter contare su uno spettro, il più ampio possibile, di soluzioni applicative, proprio grazie ad una

piena sinergia con la rete dei servizi di salute mentale operanti sul territorio.

Vi è invece un evidente squilibrio numerico tra i posti disponibili presso le strutture residenziali e le richieste di disponibilità provenienti dalle Autorità giudiziarie.

I DSMD che hanno l'obbligo di presa in carico territoriale, si trovano oggi in gravi difficoltà di risorse umane e finanziarie per strutturare un servizio di comunità per gli autori di reato e rispondere adeguatamente alle richieste e pertanto, se non si attuano dei dovuti cambiamenti, rischiano di essere inadempienti, anche alla luce della sentenza n. 186/2015 della Corte Costituzionale secondo la quale "l'inefficienza delle amministrazioni sanitarie regionali nel predisporre i programmi terapeutici individuali non può tradursi nell'applicazione di misure detentive, inutilmente gravose per il malato".

Si ritiene indispensabile il mantenimento di adeguati standard organizzativi e tecnici di funzionamento al fine di garantire un percorso di cura sia per i soggetti autori di reato ricoverati che per i codegenti. Il percorso di cura mantiene una priorità sugli obblighi di sorveglianza al fine di non modificare le finalità della struttura ricoverante o impedire possibili prosecuzioni dei progetti di cura. I Centri Riabilitativi a diversa intensità riabilitativa (CRA-CRM) come le Comunità Protette a diversi livelli di assistenza (CPA- CPM) e la Residenzialità Leggera fanno parte di un percorso di cura finalizzato a produrre cura e non attività di sorveglianza.

Statement 10

Si ritiene indispensabile nelle strutture residenziali psichiatriche il mantenimento di adeguati standard organizzativi e tecnici di funzionamento al fine di garantire un percorso di cura sia per i soggetti autori di reato ricoverati che per i codegenti e garantire la concreta attuazione al principio normativo del ricovero in R.E.M.S. come *extrema ratio*.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito al sorgere di diverse strutture residenziali psichiatriche private che si sono proposte per interventi specifici su soggetti autori di reato. Molto spesso sono strutture autorizzate e accreditate senza un contratto con il Servizio Sanitario Regionale. Si osserva che tale organizzazione, finalizzata a poter attivare strutture che altrimenti non avrebbero possibilità di funzionare, rischia di concentrare eccessivamente soggetti autori di reato rischiando di snaturare le funzioni di cura verso funzioni di sorveglianza e contribuendo a creare luoghi di cura molto difficili sia per gli operatori che per gli altri codegenti.

Statement 11

Si ritiene che per questioni di gestione corretta delle finalità di cura, per sicurezza degli ospiti della struttura e degli operatori e per evitare eccessiva stigmatizzazione, le strutture residenziali psichiatriche non possano avere più del 25 % di ricoverati autori di reato inviati a seguito di disposizione dell'autorità giudiziaria.

DISTURBI DI PERSONALITÀ

I Gravi Disturbi di Personalità (DGP) rappresentano un cluster di condizioni patologiche sulla cui consistenza diagnostica esistono ampie discussioni in letteratura e che presentano scarse evidenze di specifici trattamenti terapeutici di provata efficacia. Nella letteratura scientifica spesso viene osservata la tendenza a effettuare diagnosi di DGP come meccanismo di individuazione di soggetti non riferibili ad altre forme diagnostiche e che presentano esclusivamente comportamenti abnormi.

Si ritiene che nei gravi disturbi di personalità la non imputabilità per motivi psichici sia un evento estremamente raro.

La pronuncia n. 9163 del 2005 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, la c.d. sentenza Raso, ha precisato che anche i disturbi della personalità possono costituire causa idonea ad escludere o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere sempre che siano di consistenza, rilevanza, gravità e intensità tali da concretamente incidere

sulla stessa e tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico.

La struttura pratico-teorica alla quale si riferisce la psicopatologia clinica forense, distingue tra organizzazione (funzionamento) di personalità nevrotica, psicotica e borderline.

Questo modello organizzativo è proprio anche di altri disturbi della personalità, oltre a quello c.d. borderline, come ad esempio in quelli narcisistico, paranoide, istrionico, antisociale, schizoide e, in genere, in ogni forma di disturbo della personalità. Conseguenza a ciò che un disturbo della personalità può recepirsi come grave, quando sia connotato da un "funzionamento borderline della personalità". Nei casi connotati da maggiore gravità, la qualità della malattia o il significato dell'infermità nel reato devono connettersi ad una serie di "indicatori", connessi tra loro e propri del disturbo psicotico transitorio.

Un eccessivo utilizzo di tale categoria diagnostica all'interno del giudizio di imputabilità implica un servizio di cura della REMS e/o del DSMD che non sembra essere adeguato al raggiungimento né degli obiettivi terapeutici, né di prevenzione del rischio di reiterazione del reato.

Statement 12

La valutazione diagnostica di Grave Disturbo di Personalità in sede peritale ai fini della valutazione dell'imputabilità necessita di comprovata esperienza, della conoscenza dei principi di applicazione della psicopatologia forense e della sentenza Raso (Cassazione Sez. Unite Pen. 9163/2005) al fine di diminuire il rischio di identificare come malattie comportamenti irrazionali mossi da transitori stati emotivi e per identificare le tipologie di disturbo di personalità che non hanno un riscontro scientifico di trattamento possibile a cura dei servizi della psichiatria.

Il tema della responsabilità e delle possibilità di intervento psichiatrico e riabilitativo in tale ambito sono oggetto di attenzione da parte dei clinici e degli operatori dei servizi di salute mentale. Il riferimento di orientamento attuale per

i presidi territoriali può essere individuato nel documento della regione Emilia e Romagna (2013) “Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi gravi di personalità”, e ancora più recentemente il documento JA Implemental (Lora et al., 2024) che ha traslato e adattato al contesto nazionale e locale le raccomandazioni delle Linee guida internazionali. In gran parte sulla base di una revisione delle raccomandazioni NICE per il Disturbo Borderline di Personalità (2009), finalizzata a migliorare gli standard di trattamento per le persone affette da disturbo di personalità

Tali linee di indirizzo definiscono con il termine Disturbi Gravi di Personalità (DGP) condizioni di interesse psichiatrico caratterizzate da una alterazione del funzionamento mentale nell’area della formazione e della stabilità dell’identità e del Sé, con espressione nelle dimensioni dell’impulsività e dell’antagonismo sì da determinare una significativa riduzione delle capacità di adattamento al ruolo sociale. “Le condotte abnormi rappresentano solo un aspetto dei DGP, che in assenza di alterazioni psicopatologiche descrivibili non hanno valore diagnostico né predittivo dell’efficacia dei trattamenti. L’ambito dei DPG viene limitato alle categorie diagnostiche del cluster B del DSM-5, o gruppo dell’impulsività con l’esclusione del Disturbo Antisociale”. Appare anche utile sottolineare come i sintomi nucleari dei disturbi di personalità non rispondano ad alcuna terapia farmacologica, ma solo a percorsi psicoterapici lunghi e di difficile attuazione, e che richiedono sia personale formato sia il coinvolgimento attivo del soggetto.

Statement 13

Per i soggetti con diagnosi di Disturbo di Personalità si ritiene più adeguato sottolineare la prevalente istanza degli aspetti retributivi intramurari in cui la clinica non deve essere aspetto centrale e/o unico, ritenendo che, cioè, che i percorsi giudiziari (carcere, misure di sicurezza, misure alternative), per questi soggetti, possano essere equiparati a quelli già attivi per le persone affette da Disturbi correlati all’uso di sostanze stupefacenti.

LA FORMAZIONE SULLA GESTIONE DEI SOGGETTI AUTORI DI REATO

Al fine di raggiungere il triplice risultato di attivare un percorso culturale condiviso tra Servizio Sanitario, Magistratura Avvocatura e Forze dell’Ordine, di migliorare le competenze tecnico e procedurali del personale sanitario e di fornire strumenti volti a migliorare la gestione delle condizioni di emergenza nel personale con compiti di tutela dell’ordine pubblico o di custodia si attivano in modo continuativo 3 tipologie di percorsi formativi:

- I. Incontri a carattere regionale e provinciale con il coinvolgimento Magistratura, Avvocatura, Prefetture, associazioni familiari e Servizio Sanitario di aggiornamento e riflessioni sulle criticità organizzative a cadenza annuale.
- II. Percorsi formativi interni ai DSMD sia sulla parte clinica che procedurale nella gestione delle tematiche connesse alla diagnosi e percorsi trattamenti di soggetti autori di reato sofferenti di patologia psichiatrica.
- III. Percorsi formativi rivolti al personale di Polizia volto a fornire strumenti utili ed immediati di riconoscimento e risposta a situazioni di urgenza connesse alla patologia psichiatrica (anomalie del comportamento, fenomenologia dell’intossicazione e astinenza da sostanze, comportamento suicidario).

Regione Lombardia con la DGR 1296/2023 ha istituito il Punto Unico Regionale (P.U.R.) per la gestione dei pazienti con misure di sicurezza a cui vengono demandati anche compiti di formazione, come da attuazione dell’Accordo n. 188/CU del 30.11.22.

Statement 14

Risulta necessario attivare una modalità omogenea di trattamento e gestione dei rapporti con la magistratura per i soggetti autori di reato imputabili con pericolosità sociale, l’acquisizione delle competenze tecniche e scientifiche nella gestione delle complessità cliniche connesse alla patologia psichiatrica in ambienti detentivi, ma anche l’opportunità che tutti gli attori coinvolti (dai magistrati agli agenti

di polizia penitenziaria) sviluppino una maggiore conoscenza e competenza sulle tematiche che nel rispetto dei singoli ruoli sono tenuti ad affrontare, definisce la necessità di un percorso di formazione sia teorico che tecnico/scientifico e culturale volto al continuo aggiornamento sia degli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze che dei soggetti operanti negli Istituti competenti per le attività giuridiche e di custodia.

IL CARCERE E I DIRITTI RELATIVI ALLA SALUTE MENTALE

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. XII/362 del 16 dicembre 2024, Regione Lombardia ha proceduto alla revisione della rete regionale dei Servizi Sanitari Penitenziari, adottando il modello organizzativo della “Casa di Comunità” e promuovendo un approccio integrato e multidisciplinare alla presa in carico. Tale riorganizzazione mira a garantire alle persone sottoposte a restrizione della libertà personale un accesso alle prestazioni sanitarie equivalente, per qualità e appropriatezza, a quello assicurato alla popolazione in condizione di libertà.

Particolare attenzione è rivolta alle persone affette da disturbi di salute mentale per le quali vengono attivati percorsi di intervento — articolati in *consulenza*, *assunzione in cura e presa in carico* — conformi ai modelli assistenziali dei Servizi Psichiatrici Territoriali della Regione.

Alla luce del progressivo incremento del numero di persone detenute affette da disturbi psichiatrici, la Deliberazione prevede inoltre il potenziamento delle sezioni sanitarie specialistiche già operative — nello specifico, il Reparto di Osservazione Psichiatrica (R.O.P.) presso la Casa Circondariale di Monza, dotato di 5 posti letto, e l’Articolazione per la Tutela della Salute Mentale (A.T.S.M.) della Casa Circondariale di Pavia, con una disponibilità di 12 posti letto — mediante l’istituzione di nuove aree destinate all’Assistenza Psichiatrica Intensificata (A.P.I.). Tali aree saranno localizzate presso gli istituti penitenziari di Milano San Vittore, Monza e Pavia, con una dotazione rispettivamente pari a 25, 16 e

8 posti letto. L’intervento è finalizzato a rispondere alla crescente necessità di strutture detentive dedicate alla gestione sanitaria dei detenuti con patologie psichiatriche particolarmente severe che non sono compatibili con la permanenza nelle sezioni comuni. Le suddette unità risultano, allo stato attuale, in fase di progettazione e non ancora attivate.

Per le persone detenute affette da disagio psichico, ma comunque riconosciute capaci di intendere e di volere, l’ordinamento prevede attualmente due principali modalità di intervento. La prima si realizza al di fuori del contesto carcerario, qualora la patologia psichica comporti una condizione di incompatibilità con la detenzione o consenta l’applicazione di una misura alternativa alla stessa. Tale possibilità è stata introdotta a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019, che ha dichiarato parzialmente incostituzionale l’art. 47-ter, comma 1-ter, della Legge 26 luglio 1975, n. 354 (*“Norme sull’ordinamento penitenziario e sull’esecuzione delle misure privative e limitative della libertà personale”*), equiparando la grave infermità psichica sopravvenuta alla grave infermità fisica. La seconda modalità, più frequentemente adottata, prevede la gestione e il trattamento del disagio psichico all’interno dell’istituto penitenziario. In tale contesto, si rende necessaria un’attenta valutazione delle risorse sanitarie e organizzative disponibili, al fine di garantire un’adeguata presa in carico terapeutico-riabilitativa, sia nelle sezioni specialistiche dedicate sia nei reparti comuni degli Istituti penitenziari della Regione Lombardia.

Interventi specifici di cura per la salute mentale in regime di carcerazione

La ricerca epidemiologica in ambito penitenziario, sia a livello nazionale che regionale, risulta tuttora limitata, come segnalato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB, 2019), a causa di numerosi ostacoli di natura pratica, organizzativa e burocratica. Lo studio più ampio e sistematico attualmente disponibile risale al 2015 ed è stato promosso dalla Regione Toscana con il coinvolgimento

di istituti penitenziari appartenenti a sei Regioni italiane. Tale indagine ha evidenziato che il 41% della popolazione detenuta presentava almeno una diagnosi riconducibile a un disturbo mentale, anche in comorbidità con problematiche legate alle dipendenze, mentre il 24% risultava affetto da dipendenza da sostanze. Un dato più recente è fornito dal Rapporto Antigone 2022, secondo cui la percentuale media di persone detenute con una diagnosi psichiatrica grave, negli istituti della Lombardia, era pari al 12%, con un incremento del 10% rispetto all'anno precedente. Tuttavia, gli stessi autori del rapporto precisano che l'osservazione condotta non ha natura epidemiologica e non si configura come un'indagine di tipo medico-sanitario.

Statement 15

Si evidenzia la necessità che tutte le Istituzioni competenti promuovano e sostengano in maniera attiva lo sviluppo della ricerca scientifica, in particolare di tipo epidemiologico, finalizzata alla rilevazione della prevalenza e delle caratteristiche dei disturbi psichiatrici in ambito penitenziario. Gli operatori dei servizi di Salute Mentale segnalano, in particolare, che a seguito della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le risorse attualmente disponibili per l'assistenza alle persone detenute affette da disagio psichico risultano insufficienti, sia per quanto riguarda la disponibilità di posti dedicati (ATSM), sia in termini di dotazione organica del personale specialistico. A tal fine, risulta imprescindibile procedere a una definizione condivisa degli standard minimi strutturali, organizzativi e professionali necessari affinché tale diritto sia effettivamente garantito e concretamente esigibile.

Il rischio di suicidio in carcere e attività di prevenzione

Il 2024 si è chiuso con il drammatico primato dell'anno con il più alto numero assoluto di suicidi (90) negli istituti di pena italiani ed il secondo anno (dopo il 2022) in termini di "tasso" di suicidi sulla popolazione di detenuti. Il tasso di suicidalità ha raggiunto il valore

di 14,7/10.000 persone nelle carceri, circa 20 volte più elevato rispetto a quello della popolazione generale, tasso mediamente raddoppiato negli ultimi 3 anni, in rapporto all'andamento, già fortemente impattante, del precedente decennio. Gli studi più recenti disponibili in Italia (Balio et al 2020 e Calati et al. 2024) indicano che la presenza di disagio psichico è solo una delle variabili associate al rischio di suicidio. È confermato da tutti gli studi il forte impatto delle problematiche di abuso di sostanze stupefacenti; si rileva un rischio sempre maggiore nella popolazione detenuta di origine straniera, in cui si associano frequentemente importanti criticità di natura sociale e di barriera linguistica e culturale rende spesso più complesso un approccio integrato di supporto e prevenzione. Il Piano regionale per la prevenzione del rischio suicidario nel sistema penitenziario per adulti (DGR n.6653 dell'11/7/2022), definisce linee di indirizzo comuni per far sì che in ogni istituto penitenziario siano intraprese le azioni più efficaci per la presa in carico dei detenuti con problemi di disagio psichico e sia definita la comune base operativa alla quale gli operatori dei servizi cointeressati devono attenersi negli interventi di prevenzione rispetto agli agiti autolesivi. Laddove si è provveduto a stilare protocolli locali, sulla scia di quanto indicato nel piano regionale, attivando anche eventi di formazione condivisa tra il personale sanitario e quello di PP, si è potuta sviluppare una maggiore sensibilità degli operatori e si è passati da una fase (Delibera X/809 del 11/10/2013) in cui la competenza specifica veniva delegata principalmente al personale psicologico con colloqui in prossimità dell'ingresso del detenuto e successivamente per una valutazione del grado di adattamento, ad una fase (DGR n.6653 dell'11/7/2022) in cui la responsabilità è condivisa tra tutti coloro che vengono a contatto con i possibili soggetti a rischio, introducendo una modalità di valutazione iniziale standardizzata (questionario PSS2) da parte del medico subito dopo l'ingresso in Istituto del detenuto, proseguendo, come in passato con le valutazioni più o meno strutturate da parte delle figure degli

psicologi ed, in casi specifici, da parte dello psichiatra, ma anche alla prescrizione di un livello di attenzione da parte del personale di PP e di tutti i possibili interlocutori dei detenuti che, una volta intercettato un segnale più o meno evidente di aumento del rischio specifico, tramite un sistema di allerta e di comunicazione istantanea, permettano confronti immediati condivisi tra tutti gli interessati (staff multidisciplinari) e monitoraggi più scrupolosi per evitare pericolose disattenzioni o dilazioni, spesso fatali. Della stessa delibera (DGR 809/2013) sono in corso di revisione le Linee di indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei soggetti minorenni sottoposti a procedimento penale.

Statement 16

Si ritiene necessario tramite la collaborazione del personale sanitario e dell'amministrazione penitenziaria, raggiungere uniformità nell'applicazione di Protocolli di prevenzione del Rischio suicidario in carcere in tutti gli istituti di pena.

Risorse adeguate ai bisogni di salute mentale in carcere

A seguito del combinato disposto della chiusura degli OPG con la L.81/2014, della sentenza della Corte Costituzionale 99/2019, di orientamenti giurisprudenziali in materia, si rileva un numero sempre crescente non solo di “misure di sicurezza” per persone dichiarate non imputabili e socialmente pericolose, ma anche di detenuti in attesa di individuazione di una struttura dove poter fruire dei benefici di “misure alternative” alla detenzione intramuraria.

Se rispetto alla grave questione dei detenuti *sine titulo*, in particolare in attesa di Rems, questione per cui l'Italia è stata più volte condannata in sede CEDU negli ultimi anni, si sta già provvedendo grazie all'attivazione del PUR ed alla fattiva collaborazione con le strutture REMS, resta problematico l'accesso ai percorsi comunitari per le numerose altre fattispecie in cui può rendersi indicato tale tipo di percorso.

Statement 17

Si ritiene che, se da un lato sia necessario potenziare e garantire di sufficienti standard di risorse le aree di assistenza psichiatrica all'interno degli Istituti detentivi, d'altra parte risulta necessario garantire standard strutturali capaci di garantire il rispetto degli individui detenuti, evitando condizioni tali (sovraffollamento, spazi minimi consentiti, spazi comuni adeguati etc.) che finirebbero inevitabilmente per indurre essi stessi patologia psichiatrica.

BIBLIOGRAFIA

1. Legge n. 833 del 23.12.1978
2. Legge n. 81 del 30.05.2014
3. Legge n. 354 del 26.07.1975
4. Cassazione Sezioni Unite sentenza n. 9163 del 25.01.2005
5. Cassazione Penale sentenza n. 16975 del 12.02.2013
6. Cassazione Penale sentenza n. 43476 del 18.05.2017
7. Corte Costituzionale sentenza n. 114 del 9.04.1998
8. Corte Costituzionale sentenza n. 186 del 24.06.2015
9. Corte Costituzionale sentenza n. 99 del 19.04.2019
10. Corte Costituzionale sentenza n. 22 del 27.01.2022
11. Consiglio Superiore della Magistratura. Relazione della Commissione congiunta sullo stato attuale delle REMS. 12.11.2024
12. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia Delibera X/809 dell'11.10.2013
13. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia n. 5340 del 27.06.2016
14. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia n. 6653 dell'11.07.2022
15. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia 1296 del 13.11.2023
16. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia n. XII/362 del 16.12.2024
17. Rep. Atti n. 188/CU del 30 novembre 2022
18. *Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità* documento della Regione Emilia e Romagna del 29.05.2013
19. JA Implemental 2024 <https://ja-implemental.eu/about/>
20. *Borderline personality disorder: Treatment and Management*. The Nice Guideline. National collaborating centre for mental health. 2009.
21. Comitato Nazionale per la Bioetica– *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere* del 22.03.2019
22. Progetto “Orizzonti di Libertà” Regione Toscana studio 2015 www.goticatoscana.eu/it/progetti/#0004
23. Rapporto Antigone 2022 sulle condizioni di detenzione
24. Balio, C., Norwood, C., McFarlane, T., Rusyniak, D., & Blackburn, J. (2021). *Healthcare utilization among justice-involved individuals enrolled in Medicaid: Lessons from a Midwestern state*. Health Services Research, 56(S2), 24–24 Suicide in prison in the North of Italy (1993-2022): a case-control study examining differences between suicides inside and outside prison. Calati R et al. Int Clin Psychopharmacol. 2025 Sep 1;40(5): 288-294
25. Paola Di Nicola. *Vademecum per tentare di affrontare e risolvere il problema dell'assenza di posti nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza*. Archivio Diritto Penale Uomo. 13.12.2017
26. Ugo Fornari. *Trattato di psicopatologia e di psichiatria forensi IX edizione*. Utet Giuridica, 2024
27. Lišanti G, Vaia A, Von Hogersthal LBH et al. *A long trip toward REMSs: critical issues and perspectives in admitting patients to the Italian forensic psychiatric system*. Eur Psychiatry. 2023;66(S1): S537–S538
28. Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. Relazione al Parlamento. 15.06.2023
29. Rivellini G, Pessina R, Pagano AM et al. *Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA*. Riv Psichiatr. 2019;55(6):83–134
30. Istituto Superiore di Sanità. *Gruppo di lavoro per linee guida e buone pratiche in psichiatria forense*. Roma; 2024
31. A.A. V.V., *Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e pdta*, in Riv. psch., 55, 2019, p. 87 ss, p. 109 ss
32. A.A. V.V., *Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: a new deal per la salute mentale?*, in Riv. psich., 50, 2015, p. 199 ss
33. Allegri A. P., Giors B., Miravalle M., *Salute mentale e questione criminale: dal superamento normativo degli O.P.G. all'attuazione della riforma*, Napoli, 2022
34. Allegri A. P., *Le liste d'attesa per l'accesso in REMS. Modelli di tenuta tra esigenze di cura ed aspirazioni securitarie*, Napoli, 2022

35. Cavaliere A., *Misure di sicurezza e doppio binario*. Considerazioni introduttive, in Riv. it. dir. proc. pen., 1, 2022, p. 343 ss
36. Centonze F., *L'imputabilità, il vizio di mente e i disturbi della personalità*, in Riv. it. dir. e proc. pen., 48, 2005, p. 247 ss
37. Pelissero M., *Pericolosità sociale e doppio binario*. *Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Torino, 2008

"DOPPIA DIAGNOSI"

ARTEFATTO NOSOGRAFICO O NUOVO PARADIGMA PER IL SISTEMA DI INTERVENTO NEI DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E DA ADDICTION IN COMORBILITÀ?

Coordinatori:

Massimo Clerici (Università degli studi Milano Bicocca)

Federico Durbano (ASST Melegnano-Martesana)

in collaborazione con il gruppo di lavoro composto da:

Giorgio Bianconi (ASST Ovest Milanese)

Anna Giroletti (ASST Santi Paolo e Carlo Milano)

Paolo Risaro (ASST Valtellina)

Daniele Salvadori (ASST Ovest Milanese)

Alessio Vincenti (ASST Fatebenefratelli Sacco Milano)

1. La conoscenza delle comorbidità tra Disturbi mentali (DM) e Disturbi correlati a sostanze e da *addiction* (DUS) indirizza la comprensione di una nozione tanto complessa quanto ancora oggi indefinibile come quella che riferisce allo storico concetto della cosiddetta "doppia diagnosi": ciò in termini epidemiologici ed in relazione alle nuove costellazioni cliniche che - in senso psicopatologico - si sono imposte nel corso degli ultimi cinquant'anni e vengono ricondotte, appunto, ad un termine "ombrello" quale quello della "doppia diagnosi". Ne consegue, in primo luogo, che tale multiforme concetto ha il potere di influenzare non solo la nosografia, ma anche i modelli di intervento e i sistemi organizzativi dei Servizi che operano nella salute mentale a tutti i livelli, partendo dal Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD), risultato finale della "fusione" tra DSM e Dipartimento delle Dipendenze. Le Unità di offerta che sono derivate da tale "fusione" - e i loro silos organizzativi e amministrativi - rimangono purtroppo ancora scarsamente integrati, rivelando non irrilevanti problematiche gestionali che si riversano prevalentemente sull'utenza portatrice dei due citati problemi. Nonostante il DSMD sembri garantire, a tutt'oggi, la migliore risposta e, nel contempo, la più appropriata offerta assistenziale per una quota di soggetti epidemiologicamente così importante nella popolazione generale (in tutte le fasce di età) e, non di meno, tra coloro che si rivolgono ai Servizi della Salute Mentale, le problematiche connesse agli obiettivi di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione rivolti a tale utenza rimangono complessivamente insoddisfatte. Una delle spiegazioni più affidabili delle criticità nell'area della "doppia diagnosi" riguarda infatti, da un lato, la mancanza di una *mission* e di una *vision* il più possibile condivise e unitarie sul tema e, dall'altro, la persistente frammentazione organizzativa tra Servizi che mantiene attiva la storica polarizzazione ideologica dell'appartenenza all'uno o all'altro dei sistemi della salute mentale, da sempre separati e derivanti da culture formative ed organizzative differenti quali quelle della psichiatria adulti, delle dipendenze e più di

recente, necessariamente, anche della neuropsichiatria infantile e del carcere. L'idea che attraverso una "fusione" si potessero concentrare risorse, costruire modelli di cura e riabilitazione integrati, aggiornati e condivisi, e - non da ultimo - "ristilizzare" Unità di Offerta troppo spesso poco appetibili e scarsamente frequentate dai potenziali utenti - dando centralità ai loro effettivi bisogni ed evitando duplicazioni - non ha corrisposto alle attese degli operatori e dei legislatori regionali.

In questo contesto estremamente complesso e, perlopiù, disarticolato, la crescita dei consumi e la progressione costante del "mercato" emergente delle nuove sostanze psicoattive (NSP) - a parità di rilevanza epidemiologica con quelle più "tradizionali" - ha aperto la strada ad una società del "*no drugs, no future*" che si esprime oggi con crescente pericolosità e non sembra dare segnali di ridimensionamento, quanto a capacità di essere controllata, da parte di chi se ne occupa a tutti i livelli.

Altrettanto significativo è stato - negli ultimi anni - l'incremento parallelo delle più diverse dipendenze "comportamentali" (*gambling, gaming, sexual and porn addiction, sport addiction, food addiction, etc.*) nella popolazione generale, oltretutto ovviamente in quella giovanile. Quest'ampia area clinica, che si prospetta di non facile discriminazione a livello della categorizzazione diagnostica, solleva inoltre limiti organizzativi rispetto alla capacità dei Servizi di avvicinare i soggetti che ne sono interessati alla luce della attuale configurazione del Sistema di Intervento. L'estrema varietà di tali disturbi e di tali utenti rischia di facilitare un'eccessiva frammentazione di risposte che nei fatti, almeno in relazione a quanto reperibile nella letteratura *evidence based*, riferiscono - nella stragrande maggioranza dei casi - a criteri diagnostici "unitari" (su base appunto comportamentale) - derivati da quelli attribuiti alle sostanze. Da un punto di vista eminentemente psicopatologico, tutto ciò indirizza verso la necessità di una revisione diagnostica integrativa in senso dimensionale e del progressivo passaggio da una lettura comorbile di tali fenomeni ad

una visione unitaria dei determinanti comportamentali dell'*addiction* su base impulsiva/da discontrollo al fine di non disperdersi in una pericolosa frammentazione ed in una innumerevole moltiplicazione delle diagnosi e dei modelli di trattamento.

2. La comorbidità tra disturbi correlati a sostanze e da *addiction* (DUS) e altri disturbi mentali è stata individuata - dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (W.H.O) e dalla Società Mondiale di Psichiatria (WPA) - come un tema di sanità pubblica e orienta, ormai da tempo, le *policies* internazionali e nazionali nell'ambito di una più generale attenzione alla salute ed alla salute mentale per quanto riguarda l'onere (significativo anche sul prodotto interno lordo) che queste patologie rappresentano in termini di costi a partire dalla perdita di produttività, dall'aumento della spesa sanitaria e dai correlati relativi alle ricadute sulla giustizia penale e i percorsi di assistenza sociale. In relazione alle specifiche caratteristiche del "mercato" e degli stili di consumo nel nostro paese, può essere utile rifarsi all'ultima "Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia" (e su quelle precedenti) che segnalano un costante incremento dei consumi ed un allargamento delle fasce di età interessate con progressiva retrodatazione dell'età d'esordio. A fianco delle rilevazioni sui consumi di sostanze sono da segnalare anche i dati sui danni, droga ed alcol-correlati, alla salute generale (epatopatie, malattie cardiovascolari, MST, HIV, HBV, HCV e quanto riguarda, in particolare, il SNC), nonché gli effetti di tali consumi sul più generale tasso di mortalità della popolazione (decessi per overdose, rischio suicidario, incidenti...), sugli accessi in PS, sui ricoveri e i conseguenti giorni di degenza in Medicina e negli SPDC, nonché su tutta l'ampia costellazione di prestazioni ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali che comportano, in generale, una più ridotta aspettativa di vita. Non risulta meno rilevante, inoltre, anche il tasso medio di violenza droga- e alcol-correlata che - pur assurgendo più alle rilevazioni effettistiche dei media

che ai database ufficiali – finisce per rappresentare oggi un altro tema importante che lega la salute mentale alle problematiche penali e alla questione irrisolta – dopo la chiusura degli OPG - degli autori di reato con disturbi comorbili. Questi risvolti, più recenti, hanno generato una maggiore consapevolezza sul fatto che le sostanze sono – come da letteratura *evidence-based* – il mediatore più importante che lega i disturbi mentali alla violenza nelle sue più diverse forme o il discontrollo alla genesi/aggravamento di patologie spesso imprevedibili e cangianti rispetto all'esordio. Un fattore di rischio particolarmente suggestivo, ai livelli precedentemente citati, riferisce al sempre più massivo impiego di cannabinoidi (soprattutto sintetici) che, avvicinati in fasi particolarmente precoci della vita, determinano effetti rilevanti sulla maturazione del SNC, accendono disturbi del neuro-sviluppo che diverranno quasi certamente precursori di ulteriori consumi e disturbi e impatteranno sulla vita futura di generazioni che, a loro volta, “costeranno” di più nella spesa sanitaria collettiva. Proprio le “nuove sostanze psicoattive” (NPS), particolarmente nocive a livello di SNC, sembrano oggi purtroppo percepite come apparentemente meno pericolose di quelle “tradizionali” in quanto il loro consumo è ampiamente diversificato nel breve periodo, induce sperimentazioni discontinue e parallele di più molecole (anziché sviluppare una “dipendenza” da un solo principio attivo) e sfugge, sostanzialmente, alla determinazione analitica (necessaria per la diagnosi e per il monitoraggio clinico). Le alterazioni comportamentali associate ad uso di NPS sono in genere più evidenti in termini di urgenza e il carattere non raramente imprevedibile e violento della loro fenomenologia allontana/impedisce il loro accesso ai Servizi per le Dipendenze deviando costantemente i loro utilizzatori verso i Servizi di Psichiatria per una gestione emergenziale e per le frequenti necessità di ricovero: peraltro, la capacità diagnostica delle attuali Unità d'Offerta, dal punto di vista della competenza tossicologica, non sembra consentire quell'inquadramento clinico necessario per testarne la presenza e affrontare i danni

che ne derivano, nonché guidare i necessari interventi che dovrebbero essere attivati con rapidità.

3. Premessa inevitabile alla costruzione di un appropriato modello di trattamento dei disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e dei disturbi mentali in comorbidità (“doppia diagnosi”) è che questo si basi su standard sanitari e deontologici che implicino la tutela del diritto a godere del più alto livello possibile di salute e di benessere, comparabile con quello della popolazione generale, riducendo il più possibile qualsiasi forma di stigmatizzazione operante a partire dalla frequente “doppia” discriminazione di cui questi utenti e le loro famiglie sono portatori, non solo nella considerazione sociale, ma anche - in parte non irrilevante - ad opera dei Servizi che se ne occupano. Questa discriminazione ha una storia lunga nel tempo e, soprattutto nel nostro paese, può essere meglio compresa solo a partire da una conoscenza “storica” del sistema di intervento e della sua polarizzazione in senso dicotomico (salute mentale e dipendenze) dove la “doppia diagnosi”/comorbidità per lungo tempo non è stata affatto letta come un fattore di ulteriore complessità: ciò in una fascia di utenti caratterizzati da esordio e decorso del disturbo più precoci e meno identificabili, prognosi infauste, nonché da una fenomenologia comportamentale espressione di una immediata disattivazione dell'auspicata compliance che dovrebbe sostenere ogni trattamento. La discriminazione e lo stigma nei confronti delle persone con disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e disturbi mentali in comorbidità rappresentano, infatti, il principale ostacolo al trattamento e solo le terapie motivazionali, da un lato, o coattive (se prese in considerazione), dall'altro, possono migliorare la *compliance* nella direzione di una attenta personalizzazione delle cure e di una specifica attenzione all'appropriatezza delle stesse. Linee-guida e raccomandazioni internazionali non mancano, in tal senso, e sono concordi nel dare enfasi alla necessità di garantire un'ampia e diversificata gamma di interventi rivolti a target specifici che mirino ad obiettivi e scadenze

temporali differenziate in funzione dei quadri clinici identificati. Tutto ciò a partire dal necessario riconoscimento della prevedibile “cronicizzazione” di questi disturbi e, nel contempo, dell’imprescindibile approccio intensivo delle terapie. Sintetizzando il più possibile l’imponente letteratura sul tema, si devono segnalare come pilastri degli interventi nel campo della comorbilità tra disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e disturbi mentali le seguenti linee d’azione:

- a. Organizzazione di Servizi ed interventi “ad alta specializzazione” dedicati ai molteplici ambiti della complessità comorbile, sia nell’ambito della diagnosi, che della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale nella direzione, già citata, della personalizzazione del trattamento, dell’integrazione dei modelli, del carattere intensivo dell’approccio e di una cornice teorico-operativa basata sulla nozione di *recovery*. Tale organizzazione si deve articolare in
 - Servizi di primo livello (a “bassa soglia”: Unità Mobili di Strada, Servizi di prima accoglienza e Drop-in, etc.),
 - Servizi di osservazione diagnostica (ambulatoriali, di ricovero in urgenza e di residenzialità breve),
 - Servizi di post-cura e di trattamento ambulatoriale integrato a valenza longitudinale (follow-up e monitoraggio dei casi complessi, soprattutto con poli-assunzione),
 - Servizi semiresidenziali e residenziali integrati con programmi psicoeducativi, psicosociali, terapeutico-riabilitativi e rivolti a popolazioni speciali (in carcere, nelle condizioni di grave vulnerabilità senza fissa dimora, per soggetti con gravi deficit cognitivi derivanti dalla già citata lunga cronicizzazione e rivolti alle problematiche di genere o del peri-parto, etc.).
- b. Attivazione di interventi diretti alla “riduzione del danno” in relazione alla tutela di quei soggetti che

risultano – nel loro “percorso” – scarsamente complianti e/o ad alto tasso di recidività e di “danno” sociale: trattamenti “a mantenimento” con agonisti, agonisti parziali (o antagonisti) degli oppioidi, sensibilizzazione sulla gestione del rischio di overdose e di MTS, programmi di “scambio” aghi e siringhe, etc.

- c. Messa in campo di azioni di prevenzione ai più diversi livelli: primaria, secondaria e terziaria, purché validate da un approccio *evidence based* incardinato, in termini eziopatogenetici, sulla precisa definizione del disturbo, sulla conoscenza dei fattori di rischio e di vulnerabilità individuale e sul potenziamento dei fattori di protezione. Tali fattori, siano essi derivabili dal micro-livello (interazioni familiari, sociali e interpersonali) o dal macro-livello (economici, istituzionali, culturali, etc) devono orientare tali programmi enucleando e dichiarando con chiarezza specifici obiettivi (per caratteristiche legate alle sostanze, agli stili di consumo delle stesse, alle comorbilità derivatene, alle fasce di età interessate e ad attività strutturate di informazione/*peer education*), finalizzati alla promozione di stili di vita sani.
- d. (Gestione clinica “integrata” – e non parallela o sequenziale – ad opera delle Unità d’offerta disponibili. I Servizi per il trattamento dei disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e dei disturbi mentali comorbili sono stati costruiti, tradizionalmente, attraverso una separazione netta tra Dipartimenti di Salute Mentale e SerT/SerD (prima) e Dipartimenti delle Dipendenze (dopo), con una visione dell’uso di sostanze da parte di questi ultimi come problema prevalentemente medico o sociale, non di rado conseguente ad un mandato esterno di controllo e di ordine pubblico. Tale separazione ha determinato, nelle aree della diagnosi, del trattamento e della riabilitazione, importanti ostacoli al successo delle cure influenzando sia sull’integrazione delle stesse che

sulle possibilità di un valido coordinamento in fase di programmazione e di verifica di efficacia nel tempo. Come ampiamente evidenziato dalle raccomandazioni internazionali, tale approccio va superato attraverso l'integrazione delle cure operata da équipe trasversali multi-disciplinari: ciò aumenta la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza alle malattie "croniche" meglio rispondendo ai diversi target di popolazione in carico e rimodulando progressivamente, nel tempo, l'organizzazione e la logistica dei Servizi. L'intercettazione precoce, con relativo avvio di trattamenti "vicini" all'esordio, si pone come elemento inalienabile dalla personalizzazione degli interventi stessi, garantendo prognosi più favorevoli a partire da un'accurata osservazione diagnostica (in sede ambulatoriale, ma anche mediante residenzialità breve) al fine di individuare il disturbo e di raggiungere una condivisione partecipe (trattamento motivazionale), con il paziente, della cura più appropriata. La precocità e la rapidità degli interventi risulta inoltre necessaria per l'avvio ai Servizi, il più possibile ravvicinato, dei soggetti (soprattutto se giovani o giovanissimi) che possono essere sensibilizzati ad un ingresso più accessibile e accettabile nel circuito di cura senza essere necessariamente deviati nel fenomeno della *revolving door*. L'approccio descritto deve essere in grado di delineare, inoltre, percorsi differenziati per utenti "a scarsa evolutività" (con poche risorse da impiegare) o a media-alta evolutività (con sufficienti/ampie risorse da impiegare nel percorso riabilitativo) in una logica "a piramide" che si declina con interventi più intensivi riservati ai pazienti con bisogni più gravi o complessi.

- e. Attenzione alle specificità dei singoli disturbi mentali co-esistenti (disturbi dell'umore, d'ansia, correlati al trauma, schizofrenia, disturbi bipolari, disturbi di personalità, etc.) che possono complicare il quadro clinico dei disturbi correlati a sostanze e da *addiction*:

l'associazione di sostanze psicoattive, alcol e farmaci può avere, infatti, l'effetto di esacerbare sintomi/sindromi non altrimenti prevedibili, nella loro evoluzione, in relazione al quadro iniziale. Risulta ineludibile, quindi, uno screening psicopatologico preliminare (osservazione diagnostica) da condurre in qualsiasi ambito di cura al fine di distinguere innanzitutto, quando possibile ed al meglio della stessa osservazione diagnostica, i disturbi psichiatrici primari dai disturbi secondari - indotti da sostanze - che si risolvono con una progressiva astensione dall'uso. Riveste particolare importanza, in questo ambito, *l'assessment* ed il *risk management*, nonché una rigorosa valutazione del rischio suicidario o autolesivo senza intento di morte, anche in relazione alla possibile messa in atto di comportamenti che aumentano il rischio diretto/indiretto di mortalità per overdose droga-/alcol-correlata. Altrettanto vale per il rischio etero-aggressivo, largamente presente soprattutto nella popolazione comorbile dei contesti carcerari e nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Risultano imprescindibili, pertanto, Servizi intra ed extra-carcerari integrati per assicurare piani di trattamento complessivi coerenti con le necessità di continuità assistenziale anche per quanto riguarda l'accesso alle misure alternative alla detenzione, alla "messa alla prova" e alla valutazione dell'eventuale non imputabilità.

- f. Dotazioni di personale sufficienti rispetto agli obiettivi di cura e diversificate, in termini di competenze professionali multidisciplinari, in grado di operare a livello di:
- osservazione e valutazione diagnostica multimodale,
 - gestione delle comorbidità legate alla salute mentale e fisica rilevabili nel tempo,
 - interventi medico-tossicologici (farmacologici e psicofarmacologici) sia per la gestione dell'intossicazione acuta come emergenza medica di Pronto Soccorso,

sia mediante letti dedicati alle urgenze-emergenze tossicologiche, sia nel caso di sintomi psichici gravi che motivino il ricovero in SPDC - anche in TSO - per quanto di competenza psichiatrica,

- trattamenti psicologico/psicoterapici, individuali e di gruppo,
- counseling, psicoeducazione, cooptazione/lavoro con le famiglie e sostegno alla rete,
- riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo

ANALISI SINTETICA DELLE PRIORITÀ DEL DOCUMENTO, CON PARTICOLARE ATTENZIONE AI PERCORSI DI CURA E AGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI COINVOLTI

I. Modello organizzativo dei Servizi

- Si propone un modello di lavoro “integrato” all’interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD)
- È sottolineata l’esigenza di superare la frammentazione tra Servizi per la salute mentale (Psichiatria) e per le dipendenze (Ser.D), storicamente separati, e di cooptare i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell’Adolescenza e i Servizi Forensi
- Il DSMD deve includere la gestione unitaria di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento, con attenzione alle comorbidità e ai nuovi bisogni emergenti

II. Percorsi di cura - Servizi ambulatoriali

- I servizi ambulatoriali costituiscono la prima linea di cura e vanno differenziati per intensità:
 - Bassa soglia / drop-in per accesso rapido e facilitato
 - Trattamenti specialistici per casi complessi
- Approccio centrato su:
 - Competenza multidisciplinare
 - Osservazione diagnostica
 - Trattamenti farmacologici, psicofarmacologici e psicologici

- Interventi familiari
- Supporto sociale e riabilitazione lavorativa
- Piani individualizzati con monitoraggio continuo (approccio “attivo” e mantenuto nel tempo)
- Potenziamento della telemedicina e dell’assistenza domiciliare per implementare ed ampliare l’accessibilità ai Servizi

III. Percorsi di cura - Servizi residenziali e semiresidenziali

- Necessari per pazienti con bisogni intensivi o con comorbidità complesse, devono offrire:
 - Protezione attraverso un ambiente monitorato e senza sostanze
 - Terapie individuali e di gruppo
 - Formazione professionale e reinserimento
 - Si sottolinea la necessità e l’imprescindibilità di linee guida *evidence-based* per evitare approcci non validati

IV. Gestione delle acuzie.

- L’intossicazione acuta va trattata nei PS e nei Servizi di Emergenza. È pertanto necessario:
 - Garantire consulenza e supporto psichiatrico immediato
 - Stabilire procedure per il TSO in contesti medici e DUS-correlati
 - Attivare subito la presa in carico territoriale

V. Area penale e carcere

- Poiché oltre il 25% della popolazione detenuta presenta un DUS, il carcere è spesso l’occasione per un primo contatto con i Servizi rendendo necessario:
 - Un modello integrato intra/extra carcerario con continuità terapeutica
 - Misure Alternative alla Detenzione riconosciute come strumento di cura e reinserimento

VI. Trattamento specialistico delle comorbidità

- Poiché i pazienti comorbili presentano disturbi mentali importanti (umore, psicosi, PTSD,

ADHD, della personalità, etc.) occorre:

- Screening sistematico
- Diagnosi differenziale (disturbo indipendente vs indotto)
- Approccio multi-specialistico nei casi di uso di nuove sostanze (NSP)

- Programmi di prevenzione EBM (es. *parenting skills, social skills*)

- Allineamento del sistema a standard internazionali
- Sperimentazione di modelli innovativi
- Implementazione della ricerca sul campo

VII. Aspetti critici, dal punto di vista organizzativo, cui dare risposta

- Carenza di personale e necessità di aggiornamento degli standard di *staffing*
- Superamento delle disomogeneità regionali nell'offerta e nell'accesso ai trattamenti
- Imprescindibilità di un Sistema Informativo Nazionale Unificato per disturbi mentali e disturbi correlati a sostanze e da *addiction* in grado di integrare le informazioni epidemiologiche e cliniche

VIII. Prevenzione e territorio

- Interventi nelle scuole (educazione, *peer education*)
- Supporto alle famiglie (auto-aiuto, psicoeducazione)
- Reti con il Terzo Settore e gli Enti Locali per prese in carico su specifiche problematiche e incremento delle possibilità di reinserimento sociale

IX. Formazione

- Implementazione della formazione specialistica su DUS e comorbidità nei corsi universitari, nelle scuole di psicoterapia e nei corsi di aggiornamento a partire da percorsi tematici
- Piano regionale di formazione e intervizione integrata tra professionisti

X. Buone pratiche e raccomandazioni internazionali

- Riferimenti alla letteratura *evidence-based* quale, ad esempio:
 - Linee guida ASAM e APA
 - Documento UNODC sulle buone pratiche

Tabella Sinottica – Percorsi di Cura e Organizzazione dei Servizi nel DSMD

Area di Intervento	Criticità rilevate	Proposte operative	Servizi coinvolti
Organizzazione generale del DSMD	Separazione storica tra salute mentale e dipendenze; disomogeneità locale rispetto al modello regionale	Modello integrato unico (DSMD); gestione unitaria; superamento dicotomie	DSMD; ASST, ATS; Regione
Servizi ambulatoriali	Accesso frammentato; presa in carico tardiva	Percorsi a bassa soglia; ambulatori specializzati; piani individualizzati; telemedicina	Ser.D, CPS; ambulatori DSMD; MMG; neuropsichiatri infantili; pediatri di libera scelta
Servizi residenziali e semiresidenziali	Offerta eterogenea; mancanza di linee guida condivisibili	Standardizzare i percorsi; definire linee guida <i>evidence-based</i>	Comunità terapeutiche a diversa specializzazione; centri semiresidenziali; Accreditamento ATS
Gestione acuzie (emergenze)	Carenze nei PS; assenza di protocolli condivisi	Presenza psichiatra in PS; accesso agevolato in SPDC; collaborazione con Centri Antiveneni	PS, DEA; SPDC; Centri Antiveneni; Ser.D
Carcere e area penale	Alto tasso di DUS non trattati; frammentazione intra-extra carceraria	Rafforzare MAD e messa alla prova; trattamenti in continuità intra-extra murari	Ser.D penitenziari; Autorità Giudiziaria; UEPE; DSMD
Comorbidità psichiatrica e fisica	Diagnosi differenziale complessa; trattamenti non integrati	Screening sistematico; percorsi di valutazione prolungati (es. COD); trattamenti integrati	SPDC e CPS; Ser.D; altri centri specialistici; Terzo Settore
Nuove sostanze psicoattive (NSP)	Diagnosi difficile; danni organici, neurologici e psicopatologici gravi	Reparti sperimentali; approccio neurobiologico integrato	DSMD; Laboratori; Reparti specialistici; Ricerca clinica
Prevenzione	Interventi scollegati; approcci generalisti	Programmi <i>evidence-based</i> per target specifici; <i>peer education</i> e <i>parenting skills</i>	Scuole; Ser.D; Enti Locali; Terzo Settore
Supporto a famiglie e rete territoriale	Isolamento familiare; scarsità della rete	Auto-mutuo-aiuto; gruppi psicoeducativi; progetti in rete con ETS e associazioni	DSMD; Servizi Sociali; Terzo Settore
Formazione	Scarso inserimento del tema nei curricula universitari, nelle scuole di psicoterapia e nei percorsi di aggiornamento	Piano di formazione e intervizione integrata	Università; Ordini professionali; Scuole di specializzazione in psicoterapia; ASST, ATS
Sistema informativo	Dati non omogenei o non integrati tra Regioni e Servizi	Creazione di sistema informativo nazionale integrato (SISM + SIND)	Ministero Salute; Regioni; ISTAT; DSMD

LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Coordinatore:

Giovanni Migliarese

Gruppo di lavoro:

Vera Abbiati,

Scilla Beraldo,

Giorgio Bianconi,

Federico Durbano,

Nicola Dusi,

Francesca Maggioni,

Mattia Marchetti,

Alberto Pasi,

Matteo Porcellana

INTRODUZIONE

I bisogni in salute mentale si sono profondamente modificati nel corso degli anni, con una differente richiesta di cura da parte della popolazione. Dal 20 al 30% della popolazione soffre ogni anno di una condizione clinica riconducibile alla patologia mentale e di questa quota una parte rilevante cerca una risposta nei servizi territoriali di salute mentale (The European House– Ambrosetti, Angelini Pharma, 2025).

I Centri Psicosociali rappresentano un presidio essenziale per la salute mentale di comunità, ma il modello organizzativo attuale rischia di non essere più adeguato rispetto ai bisogni differenziati ed in continua evoluzione della popolazione. I servizi territoriali per la salute mentale in Lombardia sono nati e sono stati progettati agli inizi degli anni 80 con una mission prevalentemente legata al superamento dell'Ospedale Psichiatrico. Negli ultimi decenni questi compiti si sono ampliati e articolati e la realtà con cui si confrontano i servizi è oggi profondamente mutata, sia dal punto di vista normativo (vedi ad es. la L.R. 15/2016), che da quello dell'utenza, riconfigurata ponendo in primo piano condizioni che erano in vario grado

“marginali” rispetto al “classico” lungo-assistito psicotico. A oltre quarant'anni dalla Legge 180, molti CPS mostrano limiti legati a un'impostazione eccessivamente generalista che fatica a rispondere alla complessità dei bisogni attuali. L'attuale sovraccarico di funzioni (ambulatorio, emergenza, reinserimento, terapia farmacologica) in assenza di adeguata stratificazione e differenziazione della domanda di cura rischia di cronicizzare e portare ad una medicalizzazione passiva dei pazienti.

Tale rischio è ulteriormente incrementato in assenza di specializzazione per diagnosi complesse ed integrazione con quei servizi, ancora eccessivamente puntiformi, che si occupano di disturbi con bisogni altamente specifici (disturbi gravi di personalità, disturbi del neurosviluppo in età adulta, disturbi della nutrizione e alimentazione, psichiatria di liaison e etc.).

La sfida oggi è passare da una psichiatria territoriale generalista ad una organizzazione modulare, multidisciplinare e specializzata, capace di garantire percorsi di cura più efficaci, umani e personalizzati. Il cambiamento non richiede solo risorse, ma anche un cambiamento culturale e organizzativo profondo.

Appare necessario sviluppare un modello in grado di orientare correttamente la domanda, discriminando per gravità clinica e bisogni (modello stepped care) e che sviluppi nuove profonde competenze in merito all'integrazione con le specialistiche affini ma anche i servizi e le istituzioni che concorrono alla tutela della salute mentale in ottica preventiva (Jeitani et al. 2024).

La proposta di cui al presente documento si pone l'obiettivo di sintetizzare le posizioni della SIP-Lo (Sezione Regionale Lombardia della Società Italiana di Psichiatria) in merito alla riorganizzazione dei servizi territoriali di psichiatria e appare in continuità con quanto già proposto da SIP-Lo in un precedente position paper sul medesimo argomento (Ballantini et al. 2020) sviluppando ulteriormente la riflessione in merito.

La linea di continuità tra i documenti sostiene la proposta di una ri-organizzazione in cui i servizi territoriali

di psichiatria continuano a seguire i pazienti gravi con importante perdita di autonomie e funzionamento globale e al contempo sviluppano al loro interno aree funzionali di specializzazione grazie all'istituzione di equipe funzionali multi-professionali di diversa composizione in base alle necessità cliniche.

La riorganizzazione proposta rappresenta una naturale evoluzione delle linee programmatiche del PRSM del 2004 ed appare coerente con le direttrici di lavoro definite dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013 che prevede "risposte flessibili in risposta ai diversi bisogni di cura" e "aree omogenee di intervento". Si situa infine in continuità con la cornice regolatoria definita da R.L. tramite la DGR XII/3720 del 30/12/2024¹ (cd "Regole di sistema" per il 2025).

Il documento si struttura su tre macro-aree, identificate nella riflessione compiuta dai soci, come particolarmente rilevanti:

- I. Accoglimento e valutazione della domanda
- II. Rimodulazione/riorganizzazione del CPS
- III. Interfaccia e integrazione

Per ognuna di queste aree vengono proposte evoluzioni organizzative mirate a garantire i criteri di equità, efficienza, universalità e multiprofessionalità.

Si sottolinea in questa sede con forza che, dal punto di vista di SIP-Lo, un punto di forza in Regione Lombardia è dato dalla afferenza delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica ai Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze (DSMD) istituiti con la L.R. 15 del 2016. I DSMD, integrando al loro interno specialistiche affini e complementari, permettono modalità organizzative innovative e integrazione clinica su condizioni che spesso appaiono di confine.

RIMODULAZIONE DELLE MODALITÀ DI ACCOGLIMENTO E VALUTAZIONE DELLA DOMANDA

Si reputa che l'accesso ai servizi sanitari rappresenti un ambito centrale e che debbano essere ridefiniti i criteri per rispondere alle richieste della cittadinanza.

Il primo accesso ai servizi di salute mentale permette all'utente di essere orientato al servizio più idoneo, di ottenere informazioni chiare e le risposte cliniche necessarie.

Si ritiene adeguato rispondere alle complessità ed eterogenità proprie dei bisogni di salute espressi dalla cittadinanza rafforzando e centralizzando le modalità di accoglienza e valutazione e proponendo un modello articolato su due livelli.

Questi livelli necessitano di essere declinati in base ai modelli organizzativi di ciascun Dipartimento e eventualmente sede di erogazione.

Accesso/Accoglienza

La cd "Accoglienza" è il primo contatto tra i Servizi e il cittadino, e definisce la percezione da parte della cittadinanza della qualità del servizio, delle proposte e delle prestazioni offerte.

Si reputa indicato spostare dallo specifico servizio erogante il momento dell'accoglienza e centralizzare questa funzione favorendo l'evoluzione dei servizi in un'ottica di punto di accesso unico (PUA). Il PUA potrebbe svilupparsi dapprima come porta unica di accesso ai servizi psichiatrici, pertanto a livello di S.C. di Psichiatria, e in un futuro come porta d'accesso a tutti i servizi per la salute mentale, e pertanto a livello dipartimentale. L'organizzazione del PUA dovrebbe essere in capo al DSMD, in base alle esigenze e caratteristiche geo-spaziali riscontrate sul territorio e all'organizzazione dei servizi erogativi presenti nel DSMD.

L'obiettivo del PUA è accogliere la domanda, valutarne le sfaccettature cliniche, funzionali e sociali definendo

1. www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-3720-legislatura-12

l'appropriatezza e permettendo una successiva processazione della stessa con invio presso il servizio specifico della struttura complessa o della struttura dipartimentale.

Il PUA necessita di spazi ed équipe dedicati in cui i professionisti abbiano maturato sufficiente esperienza clinica e formazione adeguata. L'analisi della domanda in fase dell'accettazione può coinvolgere diversi profili professionali e operatori in relazione al punto di intercezione e all'organizzazione del servizio.

Le "Case di Comunità", in qualità di strutture di prossimità per l'accesso ai Servizi SocioSanitari in un contesto di non-emergenza/urgenza, si configurano come la sede più adeguata in cui poter svolgere le attività di accoglienza. La presenza di un PUA per la salute mentale in questi spazi svolgerebbe un'azione di riduzione dello stigma verso i bisogni di salute mentale e permetterebbe una miglior integrazione con altri servizi di primo livello sia sanitari che socio-sanitari che sociali e con altre branche specialistiche (Medicina di assistenza primaria, punto prelievi, centro vaccinazioni, assistenza domiciliare integrata, altre specialità cliniche ecc).

Di seguito alcune indicazioni operative:

- Dal punto di vista organizzativo, ogni PUA dovrebbe prevedere una modalità/processo di accoglienza/valutazione definita esplicitamente (procedura).
- Dovrebbero essere seguite prassi operative che definiscano come effettuare la raccolta delle informazioni sanitarie, sociali e di contesto utili a valutare la richiesta. Tali prassi devono essere basate su strumenti che favoriscano la replicabilità e l'uniformità della valutazione tra operatori diversi (schede di accoglienza, raccolte dati strutturate, scale cliniche ecc).
- Al termine dell'accoglienza deve essere verificata l'appropriatezza rispetto alla necessità di intervento e di orientamento al servizio più adeguato fornendo pertanto una prima restituzione.

Valutazione/Triage

Il cd Triage Territoriale, secondo livello di intervento valutativo, subentra a livello della singola UdO identificata dall'équi-

pe del PUA in sede di Accoglienza. La sua organizzazione è in carico al direttore di SC di riferimento coerentemente con gli obiettivi e l'organizzazione dipartimentale.

Il suo obiettivo fondativo è quello di definire una priorità di intervento permettendo di allocare al meglio le risorse disponibili assicurando un posizionamento in lista d'attesa il più possibile funzionale alle necessità e alle caratteristiche d'urgenza della richiesta.

Devono essere definite opportune classi di priorità tramite criteri clinici oggettivabili che permettano di incasellare la domanda del cittadino rispettando i principi di equità, trasparenza e coerenza con le norme nazionali.

Trattandosi di una valutazione di secondo livello, con specificità legate al servizio in cui è inserito, viene effettuato da operatori di riferimento del servizio stesso, opportunamente formati e supportati da strumenti (scheda di valutazione tipo checklist, algoritmo diagnostico, etc) con l'obiettivo di creare uno step valutativo rapido, affidabile, replicabile e sicuro.

Sebbene la fase di valutazione possa coinvolgere diversi profili professionali e operatori è raccomandato che il triage orientativo strutturato venga svolto prioritariamente dall'infermiere. È tuttavia possibile che altri profili professionali possano essere specificatamente individuati.

I professionisti che sono impegnati nel triage devono essere esperti e opportunamente formati.

Devono essere previsti momenti di condivisione/intervisione tra i componenti dell'équipe.

Raccomandazione 1

Si raccomanda di favorire l'evoluzione dei servizi in un'ottica di punto di accesso unico (PUA) quale porta d'accesso al sistema Salute Mentale e di demandare alle singole unità d'offerta la definizione della priorità di intervento.

Raccomandazione 2

Si raccomanda di utilizzare prassi operative che definiscano come effettuare la raccolta delle informazioni cliniche, sociali e di contesto utili a valutare la richiesta basandosi

su strumenti che favoriscano la replicabilità e l'uniformità della valutazione tra operatori diversi (schede di accoglienza, raccolte dati strutturate, scale cliniche ecc).

RIMODULAZIONE/RIORGANIZZAZIONE DEL CPS

Relativamente alla riorganizzazione dei servizi territoriali il precedente documento (Ballantini et al. 2020) ha esposto con chiarezza l'evoluzione proposta.

Di seguito si riassumeranno con maggior concisione e alcuni distinguo le principali linee di sviluppo, rimandando a quanto già proposto per maggior esplicazione.

In maniera sostanzialmente sovrapponibile a quanto era stato pubblicato nel precedente position paper anche attualmente la rimodulazione dei servizi territoriali deve rispondere ad alcune criticità. Tra queste si reputano prioritarie: criticità non lineari di reperimento nei servizi di salute mentale del personale medico e delle professioni sanitarie e cambiamento nella tipologia di domanda di intervento.

Questo secondo aspetto appare determinato da:

- la modificazione reale dei quadri psicopatologici. Ad es. il sempre più frequente precoce uso problematico di sostanze che si interseca con l'evoluzione psicopatologica, l'incremento dei quadri ascrivibili ai disturbi della personalità (i cui criteri diagnostici, tuttora in discussione, devono però essere seguiti rigorosamente per non medicalizzare tratti di funzionamento con conseguenti problemi di gestione - profili di non curabilità), l'aumento dei disturbi comportamentali nei giovani (anche in questo caso distinguendo gli aspetti clinici dagli aspetti sociali o sociologici del discontrollo comportamentale), l'incremento dei problemi psichici connessi all'invecchiamento ecc, ecc
- le diverse richieste che la società pone in carico alla salute mentale e alla psichiatria nello specifico (ad es. la gestione dei soggetti autori di reato o gli interventi per i disturbi del neurosviluppo e la disabilità).

Il mutamento della domanda porta il CPS ad affrontare la condizione di pazienti con bisogni altamente specifici, mettendo in crisi un modello "generalista" di CPS che si

occupa di una area di territorio definita e non può avere al suo interno, se non in casi eccezionali, le competenze necessarie per affrontare una domanda così differenziata.

L'obiettivo appare allora quello di **favorire un processo di evoluzione dei servizi territoriali** che ha la finalità di promuovere l'appropriatezza e la risposta ai bisogni, razionalizzando le risorse disponibili. La proposta prevede il passaggio a un *modello flessibile "stepped care"* centrato sul paziente e sui suoi bisogni, superando il modello del CPS generalista, con diversi livelli di intensità e moduli di intervento basati sulla gravità clinica e per tipologie di bisogno. Il sistema valorizza il lavoro d'équipe, centralizzando la figura del case manager, promuovendo l'autonomia decisionale delle professioni sanitarie non mediche con un progressivo task shifting tra professioni complementari, definendo in modo chiaro le specificità non sostituibili di ogni professione e operando per favorire moduli differenti di risposta clinica in base ai bisogni evidenziati.

In quest'ottica è **reputata adeguata una riorganizzazione su tre livelli**, con i servizi dei primi due livelli che mantengono l'attuale divisione territoriale/zonale, al fine di favorire gli interventi di prossimità.

Va sottolineato che seppure non possa esserci un vincolo per quanto riguarda la residenza del cittadino il principio della titolarità in base alla residenza/domicilio abituale dell'utente è particolarmente indicato e clinicamente utile laddove i quadri clinici necessitino di integrazione con altre reti e servizi basati sul territorio prevalente di vita del paziente, al fine di offrire interventi integrati effettivamente accessibili e fruibili.

► PRIMO LIVELLO

Il primo livello, concettualmente identificabile nell'attuale CPS, viene sviluppato mediante l'articolazione in quattro aree funzionali distinte. È bene ribadire che le articolazioni che si descrivono non devono essere intese come articolazioni strutturali: il servizio di primo livello (CPS) mantiene integra la sua identità e unitarietà.

La disposizione organizzativa proposta su aree di intervento rappresenta una evoluzione dei “percorsi di cura” introdotti col precedente Piano Regionale di Salute Mentale e ne mantiene la prospettiva e il significato clinico. A margine si sottolinea che la riorganizzazione deve mantenere e rafforzare le reti di collaborazione con le politiche territoriali locali e con i loro attori e portatori di interesse, con particolare attenzione a quelli appartenenti al c.d. Terzo Settore, comprendente l’Associazionismo e la cooperazione sociale.

Polo dei disturbi mentali gravi

Questa articolazione deve gestire i pazienti gravi, con scarso insight, importante disfunzionamento ed alta instabilità. Possono essere sia pazienti all’esordio della psicopatologia sia soggetti in una fase avanzata di malattia. È qui previsto l’intero spettro di interventi: trattamenti farmacologici, psicoterapici e psicosociali (sia individuali che di gruppo), approfondimenti psicodiagnostici finalizzati ad individuare il più corretto assetto trattamentale, supporto alle famiglie, attività di inserimento lavorativo evidence based (quali, ad esempio, l’Individual Placement and Support — IPS), interventi domiciliari, collaborazione e collegamento con altre articolazioni del Dipartimento, dell’ASST e dell’Ente Locale, e tutela della salute fisica (in stretta collaborazione con il MMG/PLS e con le articolazioni distrettuali specialistiche). Richiedono elevata intensità di cura ed interventi estensivi oltre che la possibile gestione in urgenza. Il ruolo del medico è primario nella gestione del caso clinico che avviene comunque in equipe multi-professionali.

Polo del case management:

Mirato alla gestione di pazienti gravi, ma con disturbi stabilizzati e prevalenti bisogni socio-riabilitativi. Per questi pazienti è appropriato e necessario un minor livello di intensità clinica, investendo le risorse sul piano dell’assistenza, riabilitazione e recupero sociale. La gestione dei casi con il modello del case management è un processo

collaborativo di raccolta dati e informazioni, identificazione di bisogni, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure e di valutazione in itinere periodica dei progetti a supporto dei bisogni sanitari dell’individuo e della famiglia. Il case management è affidato a professionisti sanitari non medici nella gestione e nella progettazione del piano assistenziale/ riabilitativo/educativo individuale, in collaborazione con il personale medico. Il case manager si occupa della presa in carico degli utenti per i quali vengono individuati progetti terapeutici riabilitativi personalizzati ed articolati, con il coinvolgimento della rete sociale territoriale e delle famiglie; è gestito da team di professionisti principalmente non-medici coordinati da un case manager referente. La realizzazione del processo di cura è demandata al team multi-professionale che viene così investito di proprie responsabilità. Il medico psichiatra effettua attività consulenziale.

Polo dei disturbi emotivi comuni:

Questa articolazione si occupa di offrire prestazioni a pazienti affetti da psicopatologia di minore gravità e minori bisogni ma ad alta prevalenza (patologie depressive, ansiose e somatoformi) a cui vengono offerti a pacchetti a minore intensità di cura e durata limitata in collaborazione con MMG o altri specialisti.

Si occupa inoltre della costruzione di una rete di relazioni con i professionisti del Distretto, comprendendo le attività di formazione dei MMG; di progetto informativo e di prevenzione con la cittadinanza. Le attività possono essere realizzate anche in sedi distaccate (es. Case di comunità, ambulatori ospedalieri ecc) a seconda di ciò che suggeriscono le diverse organizzazioni territoriali.

In questo polo lavorano, insieme allo psichiatra e in collaborazione con il MMG, lo psicologo, l’infermiere e il tecnico della riabilitazione psichiatrica. I percorsi di cura sono strutturati a pacchetti di interventi e limitati nel tempo. Gli infermieri sviluppano specifiche competenze sia tecniche (monitoraggio dell’evoluzione dei sintomi, degli effetti collaterali dei trattamenti ecc.) sia relazionali

(come operatore più prossimo al paziente, come interfaccia e collegamento col medico di medicina generale) grazie anche a momenti di supervisione/intervisione e formazione continua. Gli interventi, sia medici che psicologici, devono rispondere a criteri di efficienza per non creare inutili fenomeni di liste di attesa o saturazione delle risorse, e basarsi su modelli evidence based (ad es. linee guida per aree patologiche).

Polo area giovani:

Si reputa prioritario favorire l'organizzazione dei servizi territoriali al fine di aumentare l'attenzione alla fascia giovane della popolazione, ad oggi poco rappresentata tra gli utenti dei servizi psichiatrici, e alla cosiddetta fascia di transizione, favorendo la continuità di cura basata sui bisogni dell'utente.

Tale attenzione può essere favorita dalla strutturazione a sistema, anche dal punto di vista delle risorse, dei cd "Progetti Innovativi" che hanno permesso alle varie ASST negli anni di creare dei contesti di intervento specialistici con équipe dedicate.

Area giovani può meritare diverse modalità organizzative in base ai diversi bisogni dei territori e delle risorse disponibili (intese sia come risorse di personale che di altre realtà territoriali) e può essere definito quale servizio di primo livello autonomo, trasversale, funzionale integrato, sempre in carico al DSMD e in collaborazione con servizi complementari (es. servizi consultoriali).

A tal proposito si rimanda punto 3 di questo documento, oltre ai documenti specifici di SIP-Lo in merito al trattamento dei disturbi mentali in età giovanile.

▷ SECONDO LIVELLO

Parzialmente a scavalco col primo livello, si tratta di un ulteriore livello di specializzazione con ambulatori specialistici per disturbi che richiedono lo sviluppo di competenze specifiche e maggiormente settorializzate (Disturbi del neurosviluppo in età adulta, Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, Disturbi del peripartum). Tali servizi mostrano una distribuzione territoriale defi-

nita dalla ATS di riferimento in base ai bisogni riscontrati sul territorio. Si può ipotizzare, per tali servizi, un centro hub che si occupi della diagnostica di secondo livello e di impostazione di piani di trattamento complessi, e di centri spoke che erogano i trattamenti e monitorano il percorso di cura, in integrazione con il centro hub inviante.

▷ TERZO LIVELLO

L'evoluzione del sistema dei servizi per la salute mentale deve evidenziare sul territorio regionale centri sovrazionali d'eccellenza per alcune condizioni cliniche complesse, a bassa prevalenza, che necessitino di interventi altamente specialistici. Questi centri rispondono con approfondimenti diagnostici e/o strumentali, interventi a pacchetto specifici e in supporto/consulenza ai servizi di primo e secondo livello.

Esempi ne possono essere servizi sovrazionali per le psicopatologie resistenti ai trattamenti, interventi super-specialistici per i traumi maggiori o di etnopsichiatria, con interventi puntiformi su richiesta.

Raccomandazione 3

Si raccomanda di ridefinire il modello organizzativo territoriale centrandolo sul paziente superando il modello del CPS generalista, con diversi livelli di intensità e moduli di intervento basati sulla gravità clinica e per tipologie di bisogno

Raccomandazione 4

Si raccomanda di ridefinire l'assistenza territoriale secondo tre livelli. Un primo livello di prossimità, un secondo livello su base dipartimentale o sul territorio di ATS e un terzo livello sovrazionale in base alla necessità di interventi super specialistici e della prevalenza delle condizioni cliniche.

Raccomandazione 5

Si raccomanda di riorganizzare l'assistenza territoriale di primo livello secondo articolazioni funzionali e di prevedere per ognuna di queste un modello di attività e di responsabilità multiprofessionali secondo un modello di task-shifting

INTERFACCIA E INTEGRAZIONE CON REALTÀ TERRITORIALI COMPLEMENTARI (DIPENDENZE, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE, PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE ECC.)

Le trasformazioni della domanda e i quadri clinici che spesso comportano sovrapposizione tra specialistiche, richiede che i servizi territoriali psichiatrici proseguano e rafforzino l'integrazione con servizi complementari. È fondamentale intervenire per rafforzare i collegamenti e l'interfaccia tra i vari Servizi dipartimentali (psichiatria adulti, SerD, UONPIA, psicologia delle cure primarie) con l'obiettivo di creare sempre maggiori ed estese aree di collaborazione ed integrazione, migliorando nel complesso il servizio reso ai cittadini. Tale percorso di integrazione è reso più semplice dalla afferenza delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica ai Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze (DSMD) istituiti con la L.R. 15 del 2016. In tale contesto, il coinvolgimento delle componenti psicosociali dei consultori potrebbe rappresentare un ulteriore livello di integrazione funzionale territoriale.

Un ambito particolarmente critico e nel quale l'integrazione tra servizi è massima è dato dall'età di transizione, ovvero il periodo che va dalla pre-adolescenza alla giovane età adulta. Relativamente alla gestione territoriale sono state rilevate criticità e difformità territoriali rispetto al passaggio tra i Servizi dedicati a infanzia/adolescenza (UONPIA) e i Servizi per adulti e il basso accesso ai CPS dei giovani adulti (18-24 anni), che in questi ambiti sono sotto-rappresentati.

Questi temi necessitano di una riorganizzazione dei servizi che si basi sul bisogno dell'utenza e volta a fornire risposte nella prospettiva longitudinale/lifespan. La riorganizzazione deve prevedere modelli condivisi tra le diverse società scientifiche interessate.

La proposta di SIP-Lo, che può essere approfondita nel position paper dedicato specificatamente alla gestione dei disturbi psichici in età adolescenziale e giovanile (Percudani et al. 2025) prevede:

L'istituzione di Equipe funzionali di transizione

Attivazione in tutte le ASST di equipe funzionali (Unità di Transizione) in capo al DSMD, costituite da Neuropsichiatra Infantile, Psichiatra, Medico delle dipendenze, Psicologo, Infermiere, TERP e Assistente Sociale. Le equipe hanno la finalità di garantire la gestione condivisa e ridurre la dispersione nel passaggio tra servizi. Le prestazioni sono segnate sulla cartella clinica di entrambi i servizi. 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. 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.

Lo sviluppo del ruolo delle reti di comunità in ottica di prevenzione (Coalizione Comunitaria)

Va dato rilievo al ruolo della comunità soprattutto in ottica di prevenzione. È necessario affrontare il disagio adolescenziale e giovanile ed identificare molto precocemente i giovani che vivono situazioni di vulnerabilità e che sono a rischio per prevenire disturbi più gravi e per avviare interventi efficaci nei loro contesti di vita. Appare necessario ed utile differenziare operativamente condizioni di disagio, che trovano nella rete sociale e relazionale la loro soluzione, dalle condizioni di rischio che possono evolvere in quadri clinici che invece necessitano di interventi sanitari specialistici.

Appare pertanto centrale coinvolgere la realtà sociale sviluppando reti di comunità mirate alla prevenzione. 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.

Raccomandazione 6

Si raccomanda di sviluppare modelli di integrazione tra specialistiche affini con modelli innovativi tramite la definizione di equipe funzionali multiprofessionali a scavalco tra le diverse unità d'offerta al fine di rispondere ai bisogni del paziente che spesso incidono su più servizi specialistici

DEFINIZIONE DI STANDARD DI PERSONALE

Un tema centrale per il funzionamento dei servizi territoriali è dato dalla dotazione organica di personale. La psichiatria (e in generale i servizi di salute mentale) necessita di investimenti massicci in personale, essendo gli operatori strumento diagnostico e terapeutico insostituibile. Ad oggi non sono stati approvati e attuati parametri per quanto riguarda il rapporto tra personale e popolazione servita.

Gli unici criteri di riferimento disponibili sono stati pubblicati da Agenas e propongono di assegnare per i servizi psichiatrici di un DSMD di 100.000 abitanti: 10 psichiatri, 5 psicologi e circa 50 operatori del comparto per un complessivo di circa 67 operatori ogni 100.000 abitanti (Agenas 2022). Sebbene il documento contenente questi criteri sia stato approvato dai Ministri di Salute e Finanze, richiamando il DPR 1/11/1999, lo stesso non ha a tutt'oggi alcun valore normativo (Intesa Stato Regioni 2022).

Questi criteri dovrebbero rappresentare la base da cui partire per definire gli standard minimi di personale per il funzionamento dei servizi, considerando al contempo alcuni parametri oggettivi (quali la dispersione territoriale, l'offerta di posti letto residenziali e ospedalieri ecc.) che influenzando i bisogni in base all'area di offerta andrebbero valutati in ogni singola ATS con la regia dell'OCSM al fine di favorire un omogeneo livello di offerta diagnostico- terapeutica.

Come proposto anche nel recente Piano di Azioni per la Salute Mentale 2025-2030, appare quindi urgente

formalizzare la dotazione organica dei servizi e il rapporto tra psichiatri e operatori di diversa professionalità sulla popolazione afferente, anche evidenziando tale aspetto tra i criteri di accreditamento dei servizi territoriali, così come sono definiti per le strutture residenziali e i reparti d'acuzie.

Si propone inoltre di rivedere i criteri di accreditamento organizzativo considerando i bisogni del territorio in cui il singolo servizio si trova ad operare, le progettualità complementari in essere, le risorse su cui fare riferimento, nonché eventuali progetti di job shifting che possano rendere più flessibile sia l'accesso degli utenti che la organizzazione delle attività erogate.

Raccomandazione 7

Si raccomanda di definire uno standard di riferimento per il personale afferente ai servizi territoriali di psichiatria partendo dai criteri identificati da Agenas e facendo riferimento agli specifici bisogni e conformazione dei territori, quali ad esempio la dispersione territoriale.

Raccomandazione 8

Si raccomanda inoltre di ridefinire i criteri di accreditamento dei servizi territoriali e gli orari in cui si articola l'apertura dei servizi demandandoli all'OCSM, in grado di leggere i bisogni di un dato territorio e di confrontarli con ciò che è concretamente disponibile, nell'ottica di un approccio basato sull'efficienza e attento al bisogno dell'utenza.

ULTERIORI ASPETTI

I servizi territoriali promuovono la riorganizzazione favorendo un approccio mirato al recovery, processo personale di acquisizione di competenza, responsabilità e cambiamento individuale che si pone l'obiettivo di permettere una buona qualità di vita nonostante i disturbi.

All'interno di questo modello diviene centrale favorire lo sviluppo dell'empowerment di utenti e di familiari, il valore dell'esperienza personale di malattia, sia in termini individuali per affrontare meglio il proprio recovery personale, sia per sostenere i percorsi di altre persone che

entrano nei servizi (supporto tra pari), la collaborazione con le Associazioni dei familiari.

Il modello dei servizi mirato al recovery pone particolare attenzione alla valorizzazione degli utenti esperti, ad esempio con il loro coinvolgimento all'interno di gruppi riabilitativi e psicoeducazionali, alla creazione di gruppi e attività di self-help e di peer support nei momenti di maggiori difficoltà di adesione al trattamento o nei primi accessi al servizio, ai progetti di inserimento o reinserimento lavorativo, al coinvolgimento dei familiari ad attività di contrasto allo stigma e all'auto stigma.

Raccomandazione 9

Si raccomanda di proseguire e rafforzare all'interno dei servizi territoriali di psichiatria un approccio basato al recovery, con il coinvolgimento degli utenti e dei familiari e la valorizzazione della loro esperienza, al fine di offrire servizi realmente basati sui bisogni anche in un'ottica di co-progettazione.

DIGITALIZZAZIONE

Trasversalmente, appare necessario un significativo investimento per quelli che sono i supporti tecnici al lavoro clinico quotidiano, in particolare con un'augmentata integrazione digitale (CCE comune tra i Servizi afferenti al DSMD; applicazione diffusa della telemedicina) insieme alla continua e necessaria formazione multidisciplinare sia per garantire un lavoro routinario qualitativamente migliore che per le necessità di approfondimento che dovessero emergere dal continuo aggiornamento della pratica clinica.

Raccomandazione 10

Si raccomanda di accelerare lo sviluppo, già in essere, dell'integrazione digitale tra servizi con l'adozione della CCE in tutti i servizi territoriali di psichiatria e del DSMD.

RIFERIMENTI

1. Agenas – Gruppo di lavoro salute mentale. *Standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere* protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022
2. Ballantini M. et al. *Proposte per una riorganizzazione dell'attività territoriale in salute mentale in lombardia* Psichiatria Oggi XXXIII n.2
3. Conferenza Stato-regioni. *Piano di azioni nazionale per la salute mentale (pansm)*. Approvato 24 gennaio 2013. Testo disponibile (allegato). Disponibile: www.Sogniebisogni.It/images/leggi_e_normative/leggipdf/piano-di-azioni-nazionale-per-la-salute-mentale-conferenza-stato-regioni-24-1-2013.pdf
4. Intesa Stato regioni “Metodo per la determinazione del personale del ssn” dar-0020694 del 12/12/2022
5. Jeitani, A, et al. *Effectiveness of stepped care for mental health disorders: an umbrella review of meta-analyses, personalized medicine in psychiatry*, volumes 47–48, 2024, 100140, issn 2468-1717 <https://doi.org/10.1016/J.Pmip.2024.100140>.
6. Regione Lombardia. *Legge regionale 11 agosto 2016, n. 15* (Testo l.R. 15/2016). Banca dati consiglio regionale Lombardia. Disponibile: www.normelombardia.Consiglio.Regione.Lombardia.It/normelombardia/accessibile/main.Aspx?Iddoc=lr002016062900015&view=showdoc
7. Regione Lombardia — Giunta regionale. *Delibera n. XII/3720 del 30/12/2024 — determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del ssr per l'anno 2025 (regole di sistema 2025)*. Pagina ufficiale regione Lombardia. Disponibile: www.Regione.Lombardia.It/wps/portal/istituzionale/hp/istituzione/giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/dettagliodelibere/delibera-3720-legislatura-12
8. Percudani M et al. *Trattamento dei disturbi mentali in età giovanile* Psichiatria Oggi 2025
9. The european House, Ambrosetti, Angelini Pharma, Headway. *La salute mentale come motore della crescita socio-economica dell'italia*, presentato al ministero della salute, Roma, 4 febbraio 2025

IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO

REVISIONE 2025

Coordinatori

Caterina Viganò e GianMarco Giobbio

Gruppo di lavoro

Antonio Amatulli

Stefano Barlati

Alessandro Carozzi

Daniele Carretta

Alessandro Grecchi

Alessandra Martinelli

Giovanna Valvassori

SINOSSI

L'evoluzione epidemiologica e clinico organizzativa psichiatrica, accompagnata dalle nuove normative in materia, impone una riorganizzazione anche dell'offerta riabilitativa residenziale. Le linee di indirizzo contenute nel presente documento tengono conto delle criticità emerse negli anni trascorsi dall'introduzione della DGR 4221 del 2007 ad oggi, in particolare per quanto riguarda la scarsa differenziazione delle strutture, la carenza di strutture a media o bassa intensità assistenziale e riabilitativa, la differente modalità di accesso nelle strutture socio sanitarie (RSA e RSD in particolare) che rendono spesso difficile il trasferimento di ospiti dalle strutture psichiatriche, l'abbattimento tariffario al superamento dei limiti temporali prefissati.

I principali temi trattati riguardano: la costruzione di una architettura riabilitativa residenziale più flessibile in grado di rispondere meglio alle patologie specifiche ed alle tematiche emergenti in tema di patologie psichiatriche emergenti e oggetto di particolare considerazione (disturbi di personalità doppia diagnosi, disturbi del comportamento alimentare, pazienti autori di reato, comorbilità con disabilità intellettiva) o sviluppo di percorsi a lungo termine per i pazienti che presentano bisogni assistenziali importanti e modesti bisogni riabilitativi con l'obiettivo di creare un contesto in grado di farsi carico in modo estensivo del paziente psichiatrico cronico con rete sociale e familiare deficitaria; la messa in rete delle risorse residenziali a forte integrazione socio sanitaria per i pazienti che non necessitano più di interventi riabilitativi psichiatrici, che tenga conto della criticità legata alla compartecipazione alla spesa per l'accesso al sistema socio sanitario; la maggiore armonizzazione tra DSMD e strutture della riabilitazione residenziale psichiatrica, in larga parte gestite da privato accreditato; l'utilizzo delle nuove tecnologie (telemedicina) a supporto dei progetti riabilitativi residenziali.

PREMESSA

La modifica al capitolo V della LR 33 del 2009 così come previsto dalla Legge regionale 15 del 2016 disegna una nuova psichiatria fortemente integrata in cui il paziente viene messo al centro di un percorso clinico multidimensionale. Allo stesso modo la riabilitazione deve migliorare l'integrazione tra gli interventi riabilitativi residenziali e gli altri servizi di salute mentale ponendo al centro del modello i bisogni del paziente.

Il sistema di salute mentale lombardo si è arricchito a partire dagli anni '90 di una rete di strutture residenziali, pubbliche e private, che ha permesso di completare l'offerta di strutture per la salute mentale, fino ad allora carente in questa area. Oggi complessivamente in Lombardia ci sono circa 5.25 posti letto per 10.000 abitanti.

Tuttavia, a oltre dieci anni dal precedente documento di riordino dell'area residenziale (DGR 4221/2007), sono presenti criticità che rendono necessario aggiornare il sistema per andare incontro a bisogni emergenti e a una evoluzione sostenibile dei servizi per la salute mentale.

Nella definizione di un nuovo sistema della residenzialità psichiatrica, non si può prescindere da alcuni elementi evidenziati, oltre che dall'esperienza diretta nella gestione di servizi residenziali, anche da autorevoli documenti ufficiali nazionali ed internazionali (NICE 2020, ISTISAN 2023):

- Determinanti sociali della salute mentale, paradigma biopsicosociale e presa in carico integrata: psichiatria di comunità. La Salute mentale e molti disturbi mentali sono plasmati in larga misura dal contesto sociale, economico, e fisico in cui le persone vivono. Agire sulla rilevanza della dimensione sociale nel benessere o malessere mentale delle persone per modificare le condizioni di vita quotidiana lungo l'intero arco della vita permette sia di migliorare le condizioni di salute mentale nella popolazione che di ridurre il rischio per quei disturbi mentali associati alle disuguaglianze sociali. Questo determina la necessità di rendere la permanenza delle persone in strutture residenziali il

meno prolungata possibile e sempre più caratterizzata da programmi riabilitativi specifici.

- Integrazione socio sanitaria e connessione del sistema sanitario con quello sociale e delle politiche territoriali. Anche nel ripensare il sistema della residenzialità, per quanto affermato sopra, si evidenzia la necessità di connettere il sistema Sanitario con quello Sociale e delle Politiche Territoriali. Nella prospettiva di riavvicinarci al territorio con le residenze, è fondamentale poter fare riferimento a territori inclusivi che approcciano le persone nella loro dimensione di cittadini integrati. Gli stessi cittadini vanno formati ed orientati a visioni più globali del concetto di benessere e di salute mentale da non circoscrivere ai soli ambiti sanitari, ma piuttosto nella prospettiva di un miglioramento diffuso della qualità di vita
- Orientamento di competenze e servizi alla Recovery e coproduzione, con particolare riferimento al coinvolgimento sistematico dell'ospite / utente / persona in recovery nell'intero percorso di produzione del servizio che egli usa. Pensiamo che i modelli – ideali ed operativi - della Recovery e della coproduzione bene interpretino i temi, per noi fondamentali nel percorso riabilitativo, della condivisione degli Utenti nei loro progetti di vita, dell'orientamento all'autonomia, dell'autodeterminazione e della guarigione sociale che rinforzano il concetto di valore della persona e che, quindi, potrebbero diventare un approccio condiviso entro cui convogliare prassi di intervento e di progettazione riabilitativa, anche e soprattutto nelle strutture residenziali.

EPIDEMIOLOGIA

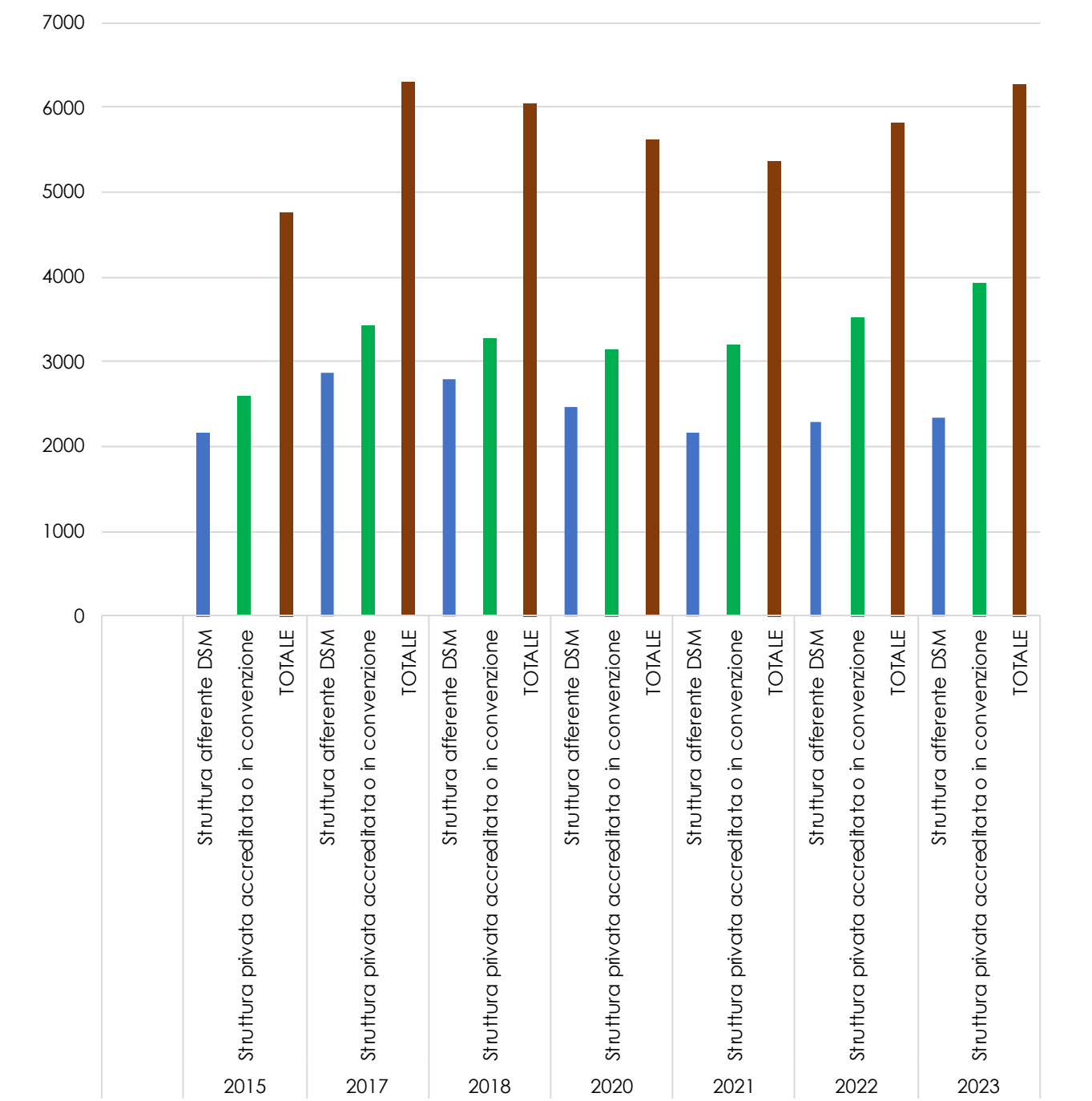
La *Figura 1* mostra il numero di utenti presenti in strutture residenziali psichiatriche in Italia tra il 2015 e il 2023 (esclusi gli anni 2016 e 2019), suddivisi per tipo di rapporto delle strutture con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ovvero in struttura differente DSM (Dipartimento di Salute Mentale) e struttura privata accreditata o in con-

venzione. Il grafico evidenzia una crescita iniziale seguita da una stabilizzazione e in seguito da un'altra crescita, con una predominanza di utenti nelle strutture private accreditate o in convenzione (62.6% nel 2023) rispetto a quelle DSM.

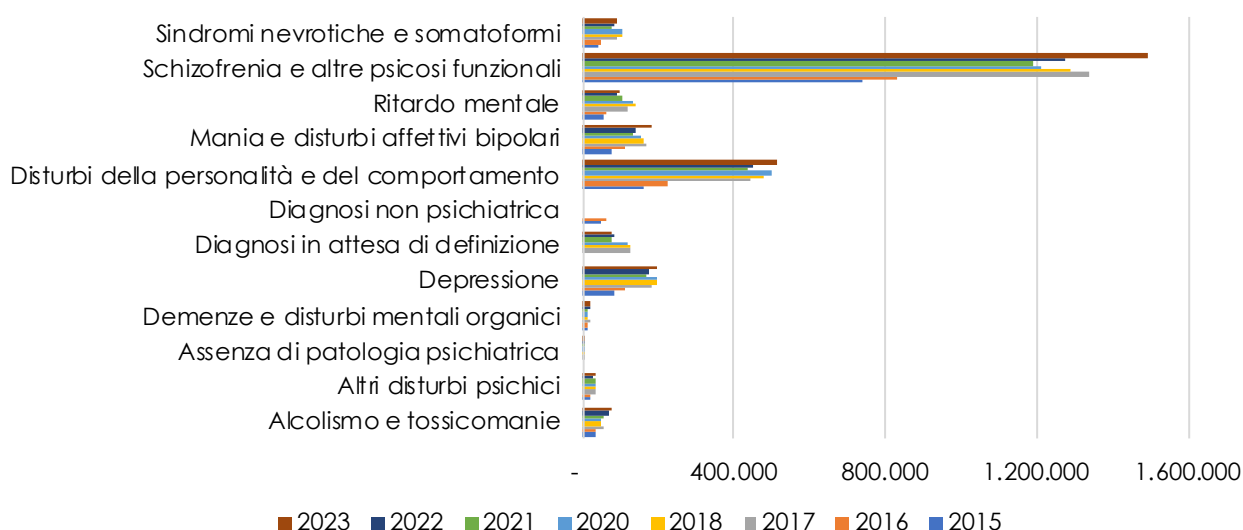
La *Figura 2* illustra l'andamento di diverse categorie di disturbi psichiatrici nel periodo 2015-2023. Molte delle

categorie diagnostiche mostrano una relativa stabilità nel numero di casi, con variazioni minime nel corso degli anni. Ad esempio, la categoria della Schizofrenia e altre psicosi funzionali, una delle più rappresentative, mantiene un numero di casi stabile intorno agli 800.000 ogni anno. Il Ritardo mentale presenta lievi oscillazioni ma si attesta costantemente poco sopra i 400.000 casi, mentre

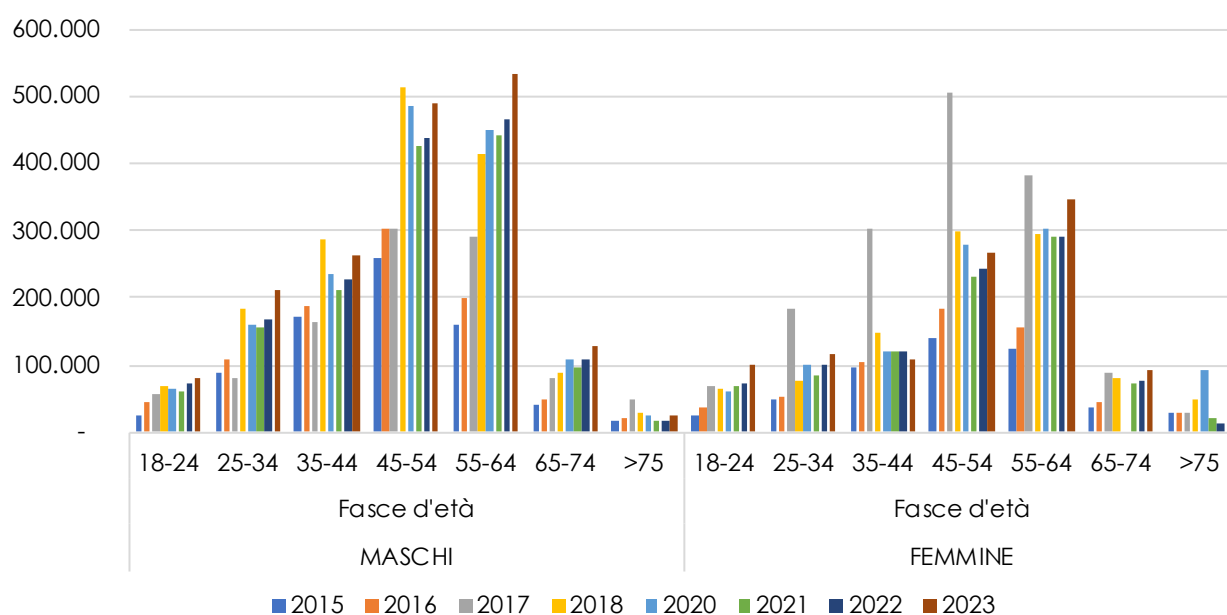
Figura 1: Utenti presenti in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto delle strutture con il SSN.



Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2015-2022 (esclusi anni 2026 e 2019).

Figura 2: Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per gruppo diagnostico.

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2015-2023 (escluso 2019)

Figura 3: Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per sesso e fasce d'età.

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2015-2023 (escluso 2019)

la categoria Mania e disturbi affettivi bipolari varia tra 200.000 e 300.000 casi. Alcune categorie mostrano invece tendenze leggermente differenti. Le sindromi nevrotiche e somatoformi, ad esempio, registrano un aumento nel 2022, mentre i casi di alcolismo e tossicomanie sembrano subire un leggero aumento negli ultimi anni. C'è un chiaro

aumento dei casi relativi ai disturbi della personalità e del comportamento a partire dal 2017 rispetto a 2015-2016, che si stabilizza negli anni successivi.

La *Figura 3* mostra come per entrambe le fasce di sesso, si nota una certa variabilità nel numero di casi tra gli anni, con un picco generale nel 2017 e un incremento nel

2022 e nel 2023 per alcune fasce di età, in particolare tra i 45-64 anni. In generale, le fasce d'età intermedie (45-64 anni) rappresentano il gruppo con il maggior numero di casi, specialmente nei maschi. Dal grafico, inoltre, si nota che il numero di casi tra i pazienti anziani (65-74 anni e >75 anni) presenta una leggera crescita negli ultimi anni (2022 e 2023), sia per i maschi che per le femmine.

AREE DI CRITICITÀ DELL'ATTUALE ORGANIZZAZIONE RESIDENZIALE PSICHIATRICA

L'applicazione del modello di riqualificazione della residenzialità psichiatrica così come articolato nel Piano Regionale Salute Mentale e nella DGR 4221 del 2007, ha permesso di ripensare la classificazione delle strutture residenziali definendo in modo preciso i criteri di accreditamento e le tariffe differenziate in base all'impegno riabilitativo assolto; ha inoltre introdotto il concetto della durata del progetto riabilitativo e della promozione di percorsi che consentano il passaggio dei pazienti più autonomi dalle strutture a più alta intensità riabilitativa alle strutture a più bassa intensità riabilitativa. Tali cambiamenti hanno determinato l'avvio di una nuova fase della riabilitazione psichiatrica. A distanza di oltre un decennio dalla sua realizzazione si è evidenziata la necessità di una revisione che garantendo la tenuta complessiva del sistema possa intervenire su alcune aree critiche emerse nel corso degli anni o indotte dall'emergere di nuovi bisogni. Gli elementi critici dimostrati dal sistema residenzialità psichiatrica nel corso di questi anni possono essere così riassunti:

- Scarsa differenziazione dei programmi riabilitativi e dell'offerta specialistica legata in parte alla ridotta flessibilità dell'accREDITamento in termini di figure professionali;
- Sovraesposizione delle Comunità ad alta intensità assistenziale e ad alta e media intensità riabilitativa con effetto "collo di bottiglia" per l'approccio riabilitativo dei pazienti con minori bisogni assistenziali/riabilitativi;

- Limiti temporali predefiniti;
- Insufficiente valorizzazione delle residenzialità leggera o supportata o di altra possibilità di residenzialità estensiva a bassa assistenza;
- Mancanza di strutture socio sanitarie per l'accogli-mento dei pazienti psichiatrici anziani o con gravi disabilità o con patologie organiche e compromissioni fisiche che li rendono incapaci di vita autonoma.

Alla luce dell'esperienza diretta dei dipartimenti di salute mentale e delle strutture residenziali psichiatriche del privato accreditato si confermano, rispetto al precedente documento SIPLo (*) le seguenti aree di bisogni riabilitativi residenziali non adeguatamente supportate dall'attuale sistema:

- I. Percorsi riabilitativi residenziali differenziati per complessità clinica e per aree omogenee di pazienti con bisogni specifici: pazienti affetti da gravi disturbi di personalità, comorbidità con DUS - doppia diagnosi, pazienti autori di reato, disturbi della nutrizione e alimentazione (DNA); altre aree di confine complesse quale la disabilità intellettiva in comorbidità psichiatrica.
- II. Percorso riabilitativo residenziale per pazienti affetti da disturbi psichiatrici nelle fasi di transizione tra minore e maggiore età.
- III. Percorsi residenziali a breve/medio termine per pazienti in fase subacuta ricoverati in SPDC in attesa di percorso socio sanitario;
- IV. Gestione residenziale a lungo termine dei pazienti affetti da gravi disturbi mentali con ridotta autonomia ed alto bisogno di assistenza;
- V. Nuclei dedicati a pazienti psicogeriatrici;
- VI. Telemedicina in ambito psichiatrico a supporto delle SRP_{3,2} e SRP_{3,3}

MODELLI DI RIFERIMENTO

Si ritiene che nella riformulazione del sistema residenziale lombardo sia opportuno intervenire a più livelli, tenendo conto delle esigenze sia di appropriatezza che di contenimento della spesa.

È necessario continuare nell'innovazione, introdotta dal PRSM del 2004 e dalla 4221/2007, riaffermando espressamente i criteri che hanno rivoluzionato la residenzialità psichiatrica, passata da strutture rigide, contenitori indistinti di cronicità (post o neo manicomiali), a strumenti flessibili e differenziati per programmi di cura, riabilitazione e assistenza, concepiti come non separati ma integrati con il percorso territoriale.

L'innovazione deve tenere conto poi dei cambiamenti epidemiologici che la psichiatria e l'assetto organizzativo dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze hanno dovuto affrontare in questi ultimi anni. A questo riguardo appare indispensabile la definizione di percorsi residenziali dedicati ad utenti con bisogni specifici, quali i disturbi di personalità, i disturbi del comportamento alimentare, i pazienti con provvedimenti giudiziari, le doppie o triple diagnosi. Allo stesso tempo il sistema residenziale deve considerare bisogni emergenti e di forte criticità per il sistema, quali i pazienti in cui il disturbo psichiatrico è in comorbidità con la disabilità intellettiva, la psicogeriatría, le situazioni di post-acuzie per pazienti ricoverati in SPDC che non possono rientrare al domicilio per mancanza di adeguato supporto o che necessitano ancora di ambiente protetto a forte valenza clinica.

Riguardo alle tipologie di strutture SRP1 e SRP2 dovrebbe essere considerata prevalente la connotazione sanitaria, mantenendo le differenziazioni proposte. In questo ambito, occorre considerare analiticamente le proposte dei requisiti organizzativi riguardo alla dotazione di personale per l'accreditamento delle nuove SR. Di primaria importanza sono le osservazioni circa le proposte sulla dotazione di personale medico da rivedere alla luce dei programmi attuati. Da più parti viene sollecitata una responsabilità sul percorso del paziente affidata anche ad altre figure professionali (infermiere, psicologo, educatore e tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale). La responsabilità medica rimane tuttavia prioritaria nella gestione di situazioni clinicamente complesse. Si condivide l'opportunità di

una riduzione dell'impegno orario dello psichiatra da rimodulare in funzione della tipologia di pazienti ospitati nella comunità. Occorre invece rivalutare la presenza e l'organizzazione oraria relative al personale psicologico, infermieristico, educativo o tecnico-riabilitativo e socio sanitario nelle diverse SR. In questo senso si ritiene necessario garantire una maggiore flessibilità nella costruzione dell'organico dell'equipe curante, al fine di meglio adattare le figure professionali alla specificità del percorso di cura. Si ritiene opportuno venga stabilito uno standard gestionale medio a cui possono concorrere diverse figure professionali infermieristiche e psico-socio-educative e riabilitative, in grado di garantire una risposta flessibile ai bisogni di cura e riabilitazione del singolo paziente. Appare inoltre opportuno che gli standard organizzativi possano essere variati in modo proporzionale al numero di posti letto in modo da rendere sostenibile l'attività delle strutture con meno di 20 pl.

È necessario strutturare percorsi riabilitativi all'interno delle comunità riabilitative finalizzati e personalizzati ai bisogni specifici dell'utenza e attuati prevedendo interventi strutturati di qualità e efficacia, privilegiando buone pratiche riabilitative evidence based (Harvey et al 2023; Killaşpy et al 2023) senza trascurare la molteplicità di altre pratiche non (ancora) evidence based attualmente utilizzate nei servizi (Viganò C. et al 2023) che contribuiscono alla ricchezza dell'offerta riabilitativa, raccogliendo molte volte la convinta adesione di operatori ed esperti e la soddisfazione di utenti e familiari. La specificità degli interventi dovrebbe inoltre basarsi sul mix di programmi individuali e gruppali erogati rispondendo ai bisogni individuali (D. Semisa et al 2022)

(es. programmi di rimedio cognitivo, social skill training, psicoeducazione, attività di integrazione con il territorio e attività di rete, inserimento lavorativo) oltre che sulla tipologia di operatori.

Nell'ambito dell'evoluzione del sistema della residenzialità psichiatrica destano particolare interesse le Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi

socioriabilitativi (SRP₃) che dovranno rispondere alla necessità di assorbire la domanda assistenziale per tempi prolungati, come avviene per i programmi estensivi non più prorogabili e per le varie forme di residenzialità a bassa assistenza o leggera. Infatti un elemento critico nell'organizzazione attuale è dato dalla presenza di una rete di strutture residenziali per la salute mentale, appartenenti solo all'area sanitaria e dalla conseguente mancanza di strutture sociosanitarie dedicate. L'attuale rete di strutture psichiatriche sanitarie non risponde in modo appropriato ed efficiente ai crescenti bisogni assistenziali di alcuni pazienti di età avanzata o con gravi disabilità o scarse autonomie che insorgono prima dell'età prevista per l'ingresso in RSA (65 anni). Dall'altro, le strutture a carattere sanitario hanno limiti temporali precisi, che determinano allo scadere del termine stabilito, lo spostamento del paziente in una altra struttura indipendentemente dagli obiettivi raggiunti e dalla progressione del suo progetto di cura. La presenza di strutture sociosanitarie senza limiti di durata della degenza permetterebbe di porre rimedio a questa criticità, favorendo l'inserimento a lungo termine dei pazienti con prevalenti bisogni socioassistenziali in strutture dedicate. La creazione di questa nuova rete di strutture, specifiche per i disturbi mentali gravi con alti bisogni assistenziali, favorirebbe la maggiore appropriatezza clinica e libererebbe posti residenziali per i nuovi bisogni riabilitativi. Elemento fortemente critico nella realizzazione dei programmi di cura nelle strutture SRP₃ è rappresentato dalla compartecipazione alla spesa da parte del paziente (il 60% della tariffa secondo i LEA attuali). Per individuare forme di parziale compensazione e di sostegno sociale idonee, in armonia con la LR 23/2015 e in analogia con altre Regioni, o con altre categorie di utenti, si dovrebbe pensare a fondi o quote per l'integrazione sociosanitaria, anche derivanti da capitoli di bilancio differenti. I fondi "integrativi" di cui sopra potrebbero essere erogati attraverso progetti sperimentali, su base ISEE, da quantificare di anno in anno con la legge regionale di bilancio in ragione delle disponibilità.

In particolare, occorre a livello regionale riconoscere anche per l'area salute mentale e per i pazienti affetti da disturbi psichici, in analogia a quanto avviene per altre categorie di utenti (es. anziani o disabili), l'opportunità di fruire di contributi sociali che garantiscano i diritti di cittadinanza e l'erogazione di fondi sociali specifici "perequativi" (specie in ordine all'abitare) nelle situazioni di indigenza che rendono necessari contributi sociali da garantire in accordo con gli Enti territoriali quali Comuni e ATS. L'integrazione tra più Enti potrebbe trovare nuova linfa dall'applicazione in modo estensivo del Budget di Salute in grado di fornire risorse direttamente legate al progetto riabilitativo sulla persona. Una linea di indirizzo, questa, che potrebbe realmente coniugare diritto all'assistenza, appropriatezza organizzativa, effettivo contenimento della spesa e condivisibilità da parte degli stakeholders, e su cui potrebbero convergere competenze di diversi assessorati. Infine da valutare la possibilità che, superati i limiti temporali e terminato il percorso riabilitativo, la permanenza del paziente nelle strutture residenziali possa prevedere, in presenza di programmi prevalentemente assistenziali, la compartecipazione alla spesa così come previsto dai LEA attuali.

È auspicabile una maggiore e più efficace connessione del sistema residenziale sia a livello intradipartimentale (tra sistema ospedaliero e territoriale) interdipartimentale e a livello extradipartimentale con il resto della filiera dei servizi sociali e sociosanitari, oltre ovviamente che con la società civile, le reti formali e informali dei territori, ecc.

Potrebbe essere utile a riguardo lo sviluppo di linee guida per aiutare chi opera nei servizi territoriali a designare la struttura più adatta, soppesando il bisogno di interventi specifici e le offerte sul territorio.

Accanto alla revisione delle strutture residenziali si ritiene indispensabile avviare una riforma complessiva del sistema incentrata sull'attività territoriale, di cui la strutturazione del budget di salute è un elemento importante per la finalizzazione dei percorsi successivi alla residenzialità strutturata

Occorre valorizzare le sperimentazioni presenti sul territorio lombardo e consentire di aprirsi alla conoscenza e alla sperimentazione di modelli e servizi altrove sperimentati, come suggerito nelle raccomandazioni ISTISAN (Housing First, case per la recovery, affido eterofamiliare ecc.)

Il miglioramento dell'organizzazione e l'aumento delle responsabilità di un team multidisciplinare nel DSM, descritto nelle proposte di questo documento, dedicato alle strutture residenziali, possono facilitare un percorso di cura più efficace e progressivo. Un approccio organizzativo, supportato dal tavolo di lavoro e dallo psichiatra incaricato, favorirebbe una maggiore efficienza e cooperazione, migliorando la qualità delle cure e rendendo il percorso di assistenza più personalizzato e progressivo per ciascun paziente.

In tal senso, oltre a intervenire sull'area della residenzialità, occorre allo stesso tempo avviare la discussione su nuovi requisiti per i servizi di salute mentale che comprendano anche una revisione delle attività dei CPS. Infatti, oltre che con la semiresidenzialità, il collegamento soprattutto con l'intervento territoriale ci sembra fondamentale e apre al grande tema, ormai maturo, dell'accreditamento delle attività dei CPS con i relativi requisiti strutturali e organizzativi, indicando obiettivi di riforma e riqualificazione rispetto alla situazione attuale.

In questa prospettiva, nell'ambito di una revisione del sistema di salute mentale, vi sono tematiche emergenti che dovrebbero essere affrontate identificando modalità innovative di offerta, anche sulla base delle tante esperienze consolidate già in atto in diversi Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze: i) l'intervento dedicato alla fascia giovanile (15-24 anni); ii) l'area della comorbidità con abuso di sostanze; iii) il trattamento dei disturbi di personalità; v) la riabilitazione e il paziente autore di reato con misure di sicurezza; Auspicabile inoltre un percorso formativo ad hoc, che identificando alcune figure chiave dei servizi territoriali, strutturi un gruppo di lavoro dedicato a seguire i percorsi di dimissioni dalle strutture residenziali.

PROPOSTE E IPOTESI PROGETTUALI

Prima di esporre la proposta di offerta residenziale articolata al fine di rispondere alle richieste territoriali supportando l'attività clinica di CPS e SPDC e ottimizzando l'appropriatezza del percorso riabilitativo, appare utile introdurre una proposta nuova di questa edizione 2025 che si pone trasversalmente ai modelli operativi: l'istituzione di un Tavolo di lavoro sulla Residenzialità intra-dipartimentale.

Al fine di migliorare l'organizzazione e la gestione dei casi complessi, facilitare un percorso di cura più efficace e progressivo, si propone l'istituzione di tavolo di lavoro sulla residenzialità attivo nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM), composto da un team multidisciplinare (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali e tecnici della riabilitazione) coordinato da uno psichiatra del DSM con esperienza consolidata, team che funzionerebbe da supervisione e gestione dei casi complessi.

Il Tavolo di lavoro del DSM lavorerebbe in maniera integrata e coordinata con i servizi del DSM per:

- I. Migliorare la comunicazione tra professionisti e tra servizi;
- II. Assicurare una presa in carico globale e personalizzata del paziente e identificazione della struttura idonea (residenziale? Semiresidenziale?);
- III. Pianificare interventi progressivi e garantire continuità assistenziale,
- IV. Garantire il monitoraggio dei progressi dei pazienti e adattare il percorso terapeutico in tempo reale.

Inoltre, il coordinamento dovrebbe prevedere riunioni periodiche con tutti i rappresentanti delle strutture territoriali, residenziali e semiresidenziali del DSM, incluse quelle convenzionate. Questi incontri regolari avranno lo scopo di:

- Mappare le strutture residenziali per monitorarne distribuzione e funzionamento,
- Stabilire una linea di lavoro condivisa per garantire coerenza e continuità di cura,
- Promuovere la specializzazione delle strutture in diversi ambiti terapeutici,

– Favorire la collaborazione tra strutture, facilitando lo scambio di buone pratiche e la condivisione di risorse. Anche sulla base di quanto sopra, appare necessario e coerente, rispetto all'insieme delle criticità (e al futuro piano salute mentale), istituire un tavolo rappresentativo dei responsabili gestionali della salute mentale, pubblici e privati, dei rappresentanti dei familiari e degli utenti cui attribuire una funzione privilegiata in ordine all'analisi dei dati epidemiologici sull'uso delle risorse e sull'efficacia degli interventi e alla presentazione di specifici provvedimenti sul tema della salute mentale nonché all'elaborazione di proposte in merito alla futura evoluzione del Piano Regionale.

Di seguito riprendiamo alcuni modelli operativi in grado di supportare la nuova residenzialità psichiatrica lombarda.

1. Percorsi riabilitativi residenziali per pazienti affetti da disturbo di personalità, con doppia diagnosi, autori di reato, disturbi del comportamento alimentare, aree di confine quale disabilità intellettiva in comorbidità psichiatrica (SRP1 e SRP2).

Il nuovo modello di residenzialità psichiatrica deve tener conto della mancata rispondenza di quello attuale alle mutate esigenze del sistema: da una parte si osservano cambiamenti epidemiologici nella psichiatria dei DSMD con la riduzione del numero di pazienti affetti da schizofrenia che necessitano di interventi residenziali vs l'emergere di bisogni riabilitativi nei pazienti con disturbo di personalità, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze ecc; dall'altra dall'emergere in modo sempre più consistente di aree di fragilità escluse a priori dall'attuale modello riabilitativo residenziale e ricomprese invece in quello nuovo dipartimentale (area della doppia diagnosi, della neuropsichiatria infantile e della disabilità, della psicogeriatrica solo per citare alcuni esempi). L'articolazione dei nuovi servizi di residenzialità riabilitativa psichiatrica deve necessariamente tenere conto di queste modifiche clinico epidemiologiche attraverso una

maggiore flessibilità. In particolare si ritiene necessario il superamento dei rigidi criteri della presenza di infermieri, oss, tecnici della riabilitazione e psicologi così come previsto dalla DGR 4221/07 a favore di mix differenziati di figure professionali che permetta di costruire programmi di cura e riabilitazione specialistiche. Si ritiene opportuno venga stabilito uno standard gestionale medio delle figure non mediche a cui possono concorrere diverse figure professionali (psicologi, infermieri educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica), in grado di garantire una risposta flessibile ai bisogni di cura e riabilitazione del singolo paziente come descritto nel PTR.

Nell'ottica di favorire flessibilità, idoneità e appropriatezza dei percorsi di cura basati su bisogni specifici dei pazienti, sarebbe utile indicare nel Piano Regionale **interventi riabilitativi e terapeutici evidence based o fortemente consigliati**. Questo favorirebbe la messa in campo di percorsi formativi specifici per tutti gli operatori delle residenzialità, l'attuazione di strategie relazionali più efficaci e interventi riabilitativi e terapeutici differenziati. In tema di riabilitazione psicosociale, stanno emergendo molte evidenze scientifiche (ad esempio vedi la recente pubblicazione della Consensus della Società di Riabilitazione Psicosociale (SIRP): **Raccomandazioni di buone pratiche in Riabilitazione Psicosociale per adulti** (Semisa et al 2022). Nella redazione delle Raccomandazioni, il gruppo di lavoro della SIRP ha tenuto in considerazione: a) la rilevanza scientifica dell'outcome, considerando il recovery funzionale quale esito principale, e funzionamento personale e sociale come sua misura più prossima; b) la forza dei risultati delle prove, sia in termini di dimensione del miglioramento, che di correlazione statistica tra esposizione all'intervento e esito atteso; c) l'applicabilità del protocollo di intervento nei servizi di salute mentale italiana (feasibility) con esperienze pregresse sul territorio; d) la reperibilità della manualistica in lingua italiana, e non ultimo la disponibilità di risorse necessarie per l'implementazione. Infine le evidenze emergenti circa l'erogazione di interventi di riabilitazione psicosociale

in tele-riabilitazione, ossia per mezzo di computer e connessione alla rete o tecnologie di telecomunicazione. Le Raccomandazioni identificano 13 interventi riabilitativi che hanno diversi livelli di raccomandazione nei maggiori disturbi psichiatrici, in primis la psicoeducazione sia per pazienti che familiare, tecniche di Rimedio Cognitivo, Social Cognition Training, Training Metacognitivo, Social Skills Training, Illness Self Management, Riabilitazione lavorativa (Supported employment), Attività fisica e/o attività sportiva, Tecniche espressive (Artiterapie), il supporto tra pari, la recovery e infine l'intervento integrato precoce che appare raccomandato agli esordi nei disturbi maggiori. Interventi che sarebbe auspicabile possano rappresentare gli strumenti terapeutici di elezione per il rimedio di aree disfunzionali specifiche o da applicare a gruppi omogenei di pazienti.

Per quanto riguarda la presenza del medico psichiatra nella residenzialità si ritiene invece necessario rimodularne la presenza pur assicurandola quotidianamente a garanzia dell'appropriatezza dell'intervento e per ragioni medico legali. Si rende inoltre necessario poter modulare con maggiore flessibilità gli standard organizzativi in modo da parametrarli in funzione del numero di posti letto al fine di rendere sostenibile l'attività delle strutture con meno di 20 pl.

2. Gestione residenziale a lungo termine dei pazienti affetti da gravi disturbi mentali con ridotta autonomia ed alto bisogno di assistenza (SRP3.1).

Un modello rivolto a soggetti che necessitano di un ambito gestionale protetto a lungo termine in quanto non più in grado di vivere in modo autonomo: sono pazienti spesso privi di una rete sociale o familiare di sostegno, con bisogni riabilitativi modesti (mantenimento delle abilità residue e risocializzazione).

La risposta potrebbe arrivare dall'avvio di gruppi appartamento o di comunità riabilitative estensive (SRP3) in grado di garantire un forte supporto alle autonomie personali con un basso livello di interventi riabilitativi,

fortemente integrate nel tessuto sociale a costi più bassi delle attuali CP. Il progetto innovativo deve essere in grado di garantire un adeguato livello di supporto, utilizzando appartamenti situati in contesti abitativi, usufruendo dei servizi sanitari territoriali, delle reti sociali e del volontariato, in un'ottica integrata ospedale territorio. Tale progetto potrebbe partecipare alla sperimentazione sul budget di cura come parte della presa in carico complessiva della cronicità. I nuclei appartamenti ospiteranno pazienti clinicamente stabilizzati con prevalenti bisogni nell'area di supporto alle autonomie e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia. Gli interventi riabilitativi erogati saranno a bassa intensità, come da Piano Individualizzato (PI) elaborato in funzione del PTI del paziente. Occorrerà poi prevedere revisioni frequenti dei Progetti Terapeutico – Riabilitativi dei pazienti inseriti nelle diverse articolazioni delle SRP3 onde evitare il rischio di saturazione in breve tempo dei posti disponibili pur tenendo conto che tali servizi hanno comunque prevalente carattere estensivo nel tempo. La criticità maggiore nell'avvio di questi progetti è la compartecipazione alla spesa da parte del paziente così già come discusso precedentemente.

3. Comunità dedicate a pazienti afferenti all'area dell'età avanzata e integrazione sistema sanitario-sociosanitario, assistenza sul territorio.

L'individuazione, il trattamento estensivo e più in generale la gestione dei disturbi mentali caratterizzati da ridotti bisogni riabilitativi e necessità clinico assistenziali importanti in soggetti di età avanzata o anziani con sintomi psichiatrici ancora floridi, rappresentano un problema rilevante per il Sistema Sanitario Regionale, come certificato dalle numerose richieste in rapida crescita. Sono pazienti divenuti ormai difficilmente gestibili al domicilio ove il disturbo psichiatrico e le patologie internistiche associate determinano un elevato grado di sofferenza anche per le famiglie e per i caregivers coinvolti, configurandosi come un vero

e proprio problema sociale con elevatissimi costi – diretti ed indiretti – di assistenza. Nella realtà socio-sanitaria della Regione Lombardia, la rete delle strutture operanti nell'area della tutela della salute mentale dei soggetti di età avanzata e anziana o affetti da patologie psico-organiche è costituita da un complesso pubblico/privato rappresentato in modo assai disomogeneo nei diversi territori, in cui i percorsi clinico/assistenziali sono spesso rigidi e talora poco integrati. La risposta ai bisogni di questi pazienti necessita di differenti percorsi in relazione alla prevalenza del disturbo psichiatrico o delle comorbidità organiche.

Una risposta potrebbe derivare dall'inserimento di posti letto specificatamente dedicati in RSA per soggetti anziani con comorbidità psichiatrica e sintomi residui (comunità psichiatrica in RSA)

Nell'ottica dell'integrazione tra strutture sanitarie e socio sanitarie le Residenze Sanitarie Assistite appaiono le strutture più indicate. Tuttavia le stesse risultano spesso inaccessibili ai soggetti portatori di disturbi psichici o comportamentali, vuoi per l'inadeguatezza dell'assistenza offerta, vuoi per l'esclusione di queste patologie dai protocolli di intervento previsti dalle strutture stesse. Inoltre la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino è un altro elemento fortemente critico trattandosi di soggetti in cui il percorso di cura e riabilitazione è stato sempre garantito in toto dal SSR ed il semplice superamento della soglia di età (65 anni) non risolve le difficoltà economiche e sociali di una fascia di utenza da sempre esclusa dal processo produttivo

Per superare queste problematiche si propone l'avvio di progetti sperimentali nelle RSA della Regione identificando posti letto specifici per pazienti anziani con comorbidità psichiatrica caratterizzata da sintomi ancora presenti e bisogni riabilitativi limitati. Il percorso clinico dovrà essere garantito dal PAI e prevedrà la consulenza del medico psichiatra presente almeno 5 ore la settimana. La retta dovrà essere a carico del SSR. Si otterrebbe così una maggiore appropriatezza del ricovero ed un risparmio complessivo di risorse visto la retta più bassa rispetto alle strutture residenziali riabilitative.

Da valutare anche la possibilità di nuclei psicogeriatrici nei posti diurni delle RSA in grado di supportare il paziente e la sua rete familiare nel caso di soggetti anziani con parziale autonomia e un bisogno di supporto specifico per la parte “residuale” della patologia psichiatrica.

4. Percorsi residenziali a breve/medio termine per pazienti in fase subacuta ricoverati in SPDC in attesa di percorso socio sanitario

Tra i pazienti ricoverati presso gli SPDC, un numero limitato presenta caratteristiche cliniche e sociali peculiari, caratterizzate principalmente dalla necessità di stabilizzazione e dalla mancanza di supporti familiari. A causa dell'impossibilità a reperire in tempi rapidi strutture idonee a carattere socio sanitario, gli stessi permangono a lungo in SPDC. Si tratta di pazienti per i quali non è possibile l'immediato rientro al domicilio terminata l'acuzie in SPDC e che non corrispondono alle caratteristiche previste per un ricovero in post-acuto presso le CRA. Tra questi vi sono soggetti anziani con decadimento cognitivo ed anomalie comportamentali che hanno reso necessario il ricovero temporaneo in SPDC in attesa della riformulazione di un progetto assistenziale, soggetti con disabilità che vadano incontro alla necessità di ricovero per anomalie comportamentali o difficoltà di gestione in famiglia, in attesa di reperimento di una più idonea collocazione.

In questi casi si renderebbe necessario il reperimento di un posto residenziale in grado di garantire le idonee cure e l'avvio di un assessment finalizzato all'individuazione del percorso assistenziale appropriato. Si ritiene pertanto necessario riprendere alcune esperienze svolte di un percorso residenziale valutativo post ricovero da effettuarsi utilizzando un numero limitato di posti in SRP₂ per tempi definiti (max 3 mesi). L'obiettivo del ricovero è rappresentato dalla messa in atto di una procedura valutativa per la definizione del percorso post ricovero per i pazienti che necessitano di interventi a maggiore connotazione assistenziale.

5. Percorso riabilitativo residenziale per pazienti affetti da disturbi psichiatrici nelle fasi di transizione tra minore e maggiore età.

L'avvenuta integrazione all'interno del DSMD di tutte le aree che si occupano del disagio mentale nelle diverse fasi della vita, vuole superare la netta divisione tra servizi dell'adulto e del minore. Purtroppo l'emergenza relativa all'aumento importante della richiesta e alla carenza di posti letto in NPJA vede l'improprio utilizzo di posti letto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura per il trattamento in fase acuta dei soggetti minorenni affetti da disturbi psichiatrici gravi. Per l'area della residenzialità è critica la fase di passaggio dalle comunità per minori (oggetto di recente revisione Regione L DGR XI /7752 2022 Regione Lombardia) nel passaggio alla maggiore età. La DGR specifica criteri di ammissione, tempi di degenza e dimissione ma è fondamentale l'attenzione alla continuità di cura nei pazienti con disturbi long life o che non hanno terminato il progetto terapeutico residenziale.

Il progetto terapeutico deve essere in continuità per i pazienti giovani e va quindi finalizzato in alcune aree alla messa in atto di interventi ad hoc caratterizzati da forte specializzazione nell'ambito del trattamento degli esordi psicotici o degli interventi sui gravi disturbi di personalità o dei Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DNA), a forte connotazione di integrazione con il territorio e con la rete sociale di supporto (famiglia, istruzione scolastica). Si prevede la creazione di equipe multidisciplinari in cui sia garantita la presenza del neuropsichiatra infantile oltre allo psichiatra nella comunità terapeutica minori per l'integrazione e anche delle altre figure psico socio educative e psicologiche in continuità funzionale e strutturale con Comunità riabilitative dell'adulto con cui condividere gli interventi. Si rimanda al tavolo specifico sulla fase di transizione minori.

6. Monitoraggio dei programmi riabilitativi.

Utile implementare il monitoraggio della qualità dei percorsi terapeutico-riabilitativi della residenzialità at-

traverso l'utilizzo di strumenti di misurazione.

Rispetto gli strumenti da utilizzare, è necessario porre attenzione all'implementazione della mission riabilitativa delle SR tramite l'Introduzione di strumenti «potenziatori» gli aspetti riabilitativi (ad esempio adozione di PTRI secondo le ultime indicazioni diffuse dalla società Italiana di Riabilitazione Psicosociali ed il monitoraggio/misurazione degli esiti e del processo attraverso l'utilizzo di scale su salute/disabilità, gravità, recovery, qualità percepita da parte dell'utente).

Si propone un gruppo di lavoro specifico che approfondisca il tema relativo a quali strumenti di valutazione affiancare all'elaborazione del progetto terapeutico riabilitativo e alle modalità di monitoraggio del programma e alla valutazione dell'esito.

Tali strumenti dovranno essere parte costituenti della documentazione sanitaria del paziente.

7. Telemedicina in ambito psichiatrico a supporto delle SRP3.2 e SRP3.3.

I crescenti interessi ed operatività in questo ambito sono fra i modelli di intervento di maggior interesse. L'applicazione della telemedicina in ambito psichiatrico, proprio per la natura di tale operatività e le caratteristiche dei bisogni degli utenti con disagio psichico, appare fra le più appropriate ed efficaci nelle diverse branche della medicina. L'ambito applicativo può declinarsi sia come sinergia nell'attività clinica/riabilitativa (colloqui e interventi riabilitativi condotti in remoto, con attenzione specifica alla popolazione giovanile), nonché come sorveglianza e monitoraggio delle attività quotidiane e delle situazioni critiche sempre in ambito domiciliare (si pensi all'estremo interesse per esempio nella progettualità della Residenzialità leggera o nella domiciliarità assistita, in particolare per la popolazione di passaggio verso la fragilità geriatrica).

8. Formazione

La messa in atto di questo approccio innovativo e l'implementazione dell'uso di interventi EBM necessitano

di un forte investimento in **formazione continua** alla riabilitazione e agli interventi EBM già citati nelle diverse tipologie di pazienti, come ad esempio interventi recovery oriented, interventi per disturbi di personalità.

L'aspetto formativo degli operatori va dunque considerato prioritario poiché favorirebbe oltre alla messa in atto di percorsi di cura specifici, l'assunzione di responsabilità clinica del case manager delle residenzialità.

BIBLIOGRAFIA

1. Giobbio G.M., Viganò C. Vavassori G., Saffiotti C. *Ipotesi di evoluzione del sistema residenziale Psichiatrico lombardo* in Position paper della SIPLO sulle sfide della psichiatria nel nuovo millennio. *Psichiatria Oggi* anno XXXIII, n2 luglio 2020, pp 87-95;
2. Harvey C., Zirnsak T-M., Brasier C., Ennals P., Fletcher J., Hamilton B., Killaspy H., McKenzie P., Kennedy H. and Brophy L. (2023) *Community-based models of care facilitating the recovery of people living with persistent and complex mental health needs: a systematic review and narrative synthesis*. *Front. Psychiatry* 14:1259944 doi: 10.3389/fpsyt.2023.1259944);
3. Killaspy H. and Dalton-Locke C. (2023) *The growing evidence for mental health rehabilitation services and directions for future research*. *Front. Psychiatry* 14:1303073, doi: 10.3389/fpsyt.2023.1303073);
4. Semisa D. , Bellomo A., Nigro P., Merlin S., Mucci A. (a cura di) *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti* Eds Giovanni Fioriti, Roma, 2022, ISBN 978-88-3625-067-7);
5. Viganò C., Ariu C., Barbieri D., Goffredi A., Ferrara L., Rea F., Barlati S., Vita A. and SIRP Survey Group (2023) *Psychiatric rehabilitation patterns in Italy: Results from the Italian Society of Psychosocial Rehabilitation (SIRP) survey* *Front. Psychiatry* 14:1130811.doi: 10.3389/fpsyt.2023.1130811)

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

